جامعة قاصدي مرباح – ورقلة
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم الحقوق

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر

فرع الحقوق

القسم : قانون عام

التخصص: القانون الجنائي والعلوم الجنائية

إعداد الطالب: وسام الليثي ابراهيم بهنج

بعنوان:

الإدمان على المخدرات و سبل علاجه في التشريع الجزائري

نوقشت واجيزت علنا بتاريخ : 28 / 09 / 2020

أمام اللجنة المكونة من:

د. شنين صالح	أستاذ محاضر(أ) جامعة قاصدي مرباح ورقلة	رئيسا
د. بوليفة محمد عمران	أستاذ محاضر(أ) جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مشرفا ومقررا
د. سويقات بلقاسم	أستاذ محاضر(ب) جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مناقشا

السنة الجامعية 2020/2019

الاهداء

الى قائدي وقدوتي.....رسول الله صلى الله عليه وسلم

الى عزي وفخري وسندي الذي انأر دربي، وتحمل وكافح ا المشاق من أجلي وكان لي قدوة في الحياة ورجلا حكيما في الزلات ومشجعا يبعث الامل داخلي،

إلى والدي الغالي "الليثي"

إلى نبع الحب والحنان ، ونقية النفس التي سهرت الليالي لراحتي وسعادتي والتي لم يغفى لها جفن على غربتي ...إلى التي عجزت الكلمات عن وصف فضلها الدائم،

وكانت لي انسا في مسيرتي التعليمية ،امي العزيزة "رويدة"

والى خالـتي وامي الثانيـة "كفايـة"

الى الدين شجعوا وقدموا من اجلي اخواني واخواتي والى اصدقائي الاعزاء في الغربة وفي الوطن

الى بلادي الغالية وشهدائها واسراها..فلـسطين الحبيبة

الشكر

الحمد لله عز وجل كما يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، الحمد لله على نعمه التي لا تعد ولا تحصى، الحمد لله الذي أوقد في قلبي شعلة العلم والمعرفة والبحث، والذي كان عوناً ومعيناً لي في مشواري الدراسي، ولولا فضله لما وصلت إلى هذه المرتبة، والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى صلى الله عليه وسلم وعلى اله وصحبه أجمعين.

***

لا يسعني وأنا أتقدم بهذه المذكرة إلا أن أعبر عن فائق الشكر والعرفان والامتنان إلى الدكتور " **بوليفة محمد عمران** " الذي لم يبخل عليا بشيء من رصيده العلمي أو الفكري وتقديراً لتوجيهاته القيمة وارشاداته السديدة، فلقد أعطاني الكثير من وقته، وبذل كل ما في جهده حتى يكون هذا العمل متكاملاً وقيماً.

***

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير لأعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة وتقييمها بتوجيهاتهم السديدة على الرغم من مشاغلهم العلمية والعملية، فجزاهم الله عني خير الجزاء.

***

كما أتقدم بفائق الشكر والعرفان إلى أساتذتي الذين أمدوني بالكثير من خلال سنوات دراستي.

***

كما أتقدم بفائق الحب والاحترام والامتنان الى الأصدقاء واخوتي الذي لم تلدهم امي الذي اشعروني بالأخوة والتعاون وروح الأسرة الواحدة خلال المشوار الدراسي.

المقدمة

مقـــدمـــة

شهد العالم في العصور الأخيرة تحولات مختلفة على المستويات الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية ، منها ما هو إيجابي و منها ما هو سلبي مما أثر على المجتمع الدولي بصفة عامة و المجتمع الجزائري بصفة خاصة .

ولقد مهدت العولمة و هذه التحولات في اتساع رقعة الجريمة و تنوع أساليبها و ظهور أنماط جديدة على المجتمع في شكلها و أسلوبها ، فالجريمة الآن لم تبق حبيسة الدولة الواحدة بل اتسع نطاقها ليشمل كل دول العالم ، خصوصا الجرائم العابرة للحدود ، الجرائم المنظمة ، جرائم الإرهاب و جرائم المخدرات .

هذه الأخيرة _ آفة المخدرات _ لعلها تعد أصعب المشاكل التي يعاني منها العالم و الذي تنخر في المجتمع و في أفراده ، بل أصبحت مصدر قلق سواء بالنسبة للمجموعة الدولية ، الحكومات و المجتمعات لما تحدثه من عجز في اقتصاد الدول وما تثيره من تهديد لأهم فئات المجتمع و هم الشباب و الأطفال .

و لقد ساعد اتساع شبكات اتجار غير المشروع بالمخدرات و المؤثرات العقلية إلى زيادة عدد مستهلكي و مدمني المخدرات ، فلقد عرفت ظاهرة الإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية استفحالا كبيرا في الجزائر في السنوات الأخيرة ، خاصة أن الجزائر أصبحت منطقة عبور ما بين الدول ، بل إن الأزمة الأمنية التي عانت منها الجزائر في السنوات الأخير أنجبت ظروف مواتية لاستفحال هذه الظاهرة .

و موضوع المخدرات ليس بالجديد علينا ، كونه معروف منذ الزمن القديم فمنذ زمن سحيق أخذ الإنسان يتذوق النباتات التي تنمو حوله ، فوجد أن لبعضها خصائص علاجية و اكتشف أن لبعضها الآخر تأثيرا على أحاسيسه . وقد ثبت أن كثيرا من المخدرات التي يساء استخدامها اليوم كان موجودا من عدة قرون ، كالحشيش ، الأفيون و التبغ . ثم جاءت المخدرات المصنعة بعد ذلك لتضيف بعدا جديدا للمشكلة.

و ما من مجتمع إلا و ورد في سيرته ما يشير إلى تعامله مع المخدرات ، مثل : الصين ، الهند ، مصر ،بلاد فارس و اليونان القديمة ، بل حتى المجتمعات البدائية الموغلة في القدم ، مثل : قبائل التوا في رواندا ، قبائل الزولو ، و السوازي ، و الماكولولو ، و اللوبا ، و النياموزي ، و هي قبائل قريبة من منابع النيل بالقرب من بحيرة فيكتوريا و حوض نهر الكونغو و تنزانيا .

فالمشرع الجزائري بدأ يتعامل مع هذه الظاهرة بفرض عقوبات على مستهلكي المخدرات من خلال القانون 85/05 الجزائري المؤرخ في 1985/02/16 المتعلق بالصحة ، و ذلك من أجل معالجة هذه الظاهرة ، لكن نظرا لوجود ثغرات و نقائص في هذا القانون ، سن المشرع القانون رقم 18/04 الجزائري المؤرخ في تاريخ 2004/12/25 و الذي واكب الاتفاقيات الدولية التي انضمت إليها الجزائر و المصادق عليها في إطار الجهود الدولية لمكافحة المخدرات و معالجة المدمنين .

أهمية الموضوع : تكمن أهمية الموضوع في التزايد الخطير لمختلف فئات جرائم المخدرات في الجزائر ، مما يتولد عنها جرائم أخرى خطيرة كجرائم القتل ، جرائم السرقة ، بل وصل الحد إلى تفشي جرائم لم تكن معروفة في المجتمع الجزائري من قبل ، لكن بتصاعد نسبة تعاطي المخدرات و عدة أنواع من المهلوسات أدى إلى ظهورها مثل زنا المحارم ، التي تنعكس سلبا على تلاحم الأسرة الجزائرية .

كذلك تتجلى أهميته في انتشار المخدرات داخل المؤسسات التربوية و التي أدت إلى ارتفاع نسبة الأجرام لدى فئة الأحداث ، و حتى المؤسسات الجامعية في الجزائر لم تسلم من هذه الآفة الخطيرة .

كذلك إبراز الدور الذي يقوم به المشرع الجزائري لتصديه لهذه الآفة من خلال القوانين و المراسيم التي سنها ، خاصة القانون ساري المفعول رقم 18/04 المتعلق بالمخدرات و المؤثرات العقلية و قمع الاستعمال و الاتجار غير المشروع بهما .

أهداف الدراسة : إن الهدف من هذه الدراسة هو الأهمية الكبيرة التي يكتسبها هذا الموضوع ، بحيث ارتباط الإدمان بالجريمة يعتبر جدل كبير مختلف عليه ، فبعض الباحثين يعتبرون أن الإدمان

هو سبب في ارتكاب الجريمة ، و البعض الآخر يعتبر الإجرام سببا للإدمان على المخدرات ، و هناك من ينفي وجود أي علاقة بينهما .

كذاك تهدف الدراسة أيضا إلى تسليط الضوء على الجوانب الإيجابية و السلبية للقانون 18/04 الجزائري في تناوله لجريمة استهلاك المخدرات و الإدمان على وجه الخصوص ، و في مدى فعالية التدابير العلاجية في الحد من ظاهرة الإدمان و مدى تكريسها في الواقع الملموس ، بالإظافة إلى تحديد دور المؤسسات المختصة و المراكز المتخصصة بعلاج المدمنين و علاقتها بالهيئات القضائية من أجل معالجة المدمن و ليس عقابه .

أسباب اختيار الموضوع : يرجع سبب اختياري لهذا الموضوع لأسباب موضوعية و أخرى ذاتية ، و تتلخص الاعتبارات الموضوعية في بيان أن المدمن على المخدر يجب أن يتم التعامل معه بعد وصوله لمرحلة الإدمان على أنه مريض و ليس مجرم ، و كذلك أن يتم تطبيق تدابير علاجية عليه بدل من فرض عقوبات ، فسجنه أو حبسه لا يؤدي إلى شفاؤه ، بل أنه يمكن أن يزيد من إدمانه بعد خروجه ، أما وضعه في مصحات تقوم بعلاجه هو حل أفضل يؤدي به إلى إعادة إدماجه في المجتمع بسهولة أكثر.

أما بالنسبة للأسباب الذاتية ، فالحديث عن المخدرات و الإدمان عليها وما تحدثه من أضرار يشعرني بالقلق على الكثير من الشباب الذين يضيعون مستقبلهم و حياتهم ، و يدخلون في ورطة يصعب التخلص منها ، فجريمة استهلاك المخدرات و الإدمان عليها هي ليست بجريمة في حق المدمن فقط ، بل في حق كل فرد من أفراد المجتمع .

وبناء على ذلك يمكن أن نطرح إشكالية البحث على النحو التالي :

إشكالية الدراسة :

ما مدى ارتباط الإدمان على المخدرات بالجريمة، و هل نجحت التدابير العلاجية في الحد منه ؟

منهج الدراسة : للإجابة على الإشكالية سأعتمد على المنهج الوصفي ، كونه يصف الظاهرة بكل أشكالها و ذلك في عرض العلاقة الموجودة بين الإدمان على المخدرات و قيام المدمن بنوع من أنواع السلوك الإجرامي ، أي مدى العلاقة بين المخدر و الجريمة .

وكذلك المنهج التحليلي القانوني باعتباره المنهج المناسب لمعالجة مختلف العناصر الأساسية للبحث المعتمدة على تحليل النصوص القانونية و التنظيمية بطريقة موضوعية علمية، وذلك من أجل معرفة مدى تطبيق التدابير العلاجية على المدمنين باعتبارها وسيلة للحد من انتشار هذه الظاهرة.

الفصل الأول

ماهية الإدمان على المخدرات

الفصل الأول : ماهية الإدمان على المخدرات

لقد بات انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية الغير مشروعة خطرا داهما يهدد البشرية، فتعاطي المخدرات ينتشر بين الذكور والإناث من مختلف الأعمار في معظم مجتمعات وبلدان المعمورة المتقدمة والنامية على السواء، ولعل من سلبيات التقدم العلمي والفني الذي يشهده العالم حاليا زيادة أنواع المواد المخدرة واستنباط أنواع جديدة منها مما انعكس باتساع دائرة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، وزيادة نطاق الإدمان عليها.

ومما لا شك فيه بأن إدمان الشخص على هذه العقاقير والمؤثرات العقلية يضاعف حاجته على المادة المخدرة بأي ثمن، وقد يدفع الشخص في سبيل إرضاء رغبته الجسيمة في تعاطي هذه المادة في الدخول إلى عالم الجريمة، فينتقل بذلك من السرقة البسيطة إلى النصب وخيانة الأمانة والعديد من الجرائم الأخرى الخطيرة التي ترتبط بالاستهلاك، وكذلك أيضا القيام بجرائم أخرى ترتبط بتوزيع وجلب المخدر.

وهذا ما سنفصله خلال فصلنا هذا، بحيث قسمنا الفصل إلى مبحثين، خصصنا في المبحث الأول المخدرات والإدمان عليها، ومن ثم علاقة إدمان المخدرات بالجريمة وإجراءات الوقاية منها في المبحث الثاني.

المبحث الأول مفهوم المخدرات والإدمان عليها

تعتبر المخدرات أساس المشكلات الاجتماعية الصعبة التي تواجه العالم اليوم نتيجة لسوء استخدام المتعاطين لجميع أنواع المخدرات الطبيعية والصناعية كوسيلة لحل مشاكلهم، والتغلب على همومهم ومتاعبهم اليومية.

ولا تقتصر مشكلة المخدرات على حاضر الفرد، فهي ترسم له أيضا دورا في الحياة هو دور "المدمن" كما أنها قد تؤدي به إلى السجن[1]، وتعتبر المخدرات قسما من أقسام المكيفات التي قد تدفع الفرد إلى تعاطيها نتيجة أسباب اجتماعية أو نفسية أو شهوانية أو نتيجة لطبيعة حرفة المدمن ومهنته

1- أنظر: علي عبد السلام علي، أصول علم النفس الجنائي وتطبيقاته العلمية، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى القاهرة، 2000، ص160

وبدوام تعاطيها تتأصل في نفسه عادة الإدمان، بحيث يصعب عليه التخلص من هذا المخدر بسهولة، كما أنها ستؤثر عليه وترتب على نفسه أضرار نفسية واجتماعية وصحية[1]

وهذا ما سنبحث فيه خلال هذا المبحث، فخصصنا المطلب الأول لمفهوم المخدرات، ومن ثم خصصنا في المطلب الثاني مفهوم الإدمان.

المطلب الأول: مفهوم المخدرات

لقد شغلت مشكلة المخدرات أنظار الباحثين والمفكرين في مختلف بقاع العالم، إذ أصبحت معضلة من معضلات هذا العصر التي استعصى علاجها، لا سيما أنها شاعت بين الصغار والكبار، الذكور والإناث، فلم تعد مشكلة بلد دون آخر، بل عمت جميع أنحاء العالم.

وقبل استعراض أنواع المخدرات ومراحل الإدمان عليها، لا بد أن نتوقف قليلا عند تعريف المخدرات، بحيث سنبين في مطلبنا هذا تعريف المخدرات بالفرع الأول، ومن ثم نبين أنواع المخدرات بالفرع الثاني.

الفرع الأول :تعريف المخدرات

إن المخدرات كما هو معروف نوع من أنواع السموم قد تؤدي في بعض الحالات خدمات طبية جليلة، ولكن الإدمان عليها يسبب انحلال جسماني تدريجي في القوى العقلية قد يؤدي بالمدمن إلى العديد من المخاطر، لذلك حظر علم النفس الجنائي والتشريعات والقوانين الوقاية من المخدرات وعلى رأسها القانون 18/04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها الجزائري، وذلك لما تسببه من أخطار ومشاكل على الفرد، بل تتعدى ذلك لتصل إلى المجتمع ككل.[2]

أولاً: التعريف اللغوي:

إن أصل كلمة مخدرات في اللغة العربية خَدَرَ وتعني الستر ويقال جارية "محددة" إذا التزمت الحذر أي استترت، ومن هنا استعملت كلمة مخدرات على أساس أنها مواد تستر العقل.

1- أنظر: عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان –دارسة نفسية لأسبابه ونتائجه–، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر الإسكندرية،2009، ص17.

2- أنظر: محمد رفعت، إدمان المخدرات –أضرارها وعلاجها–، دار المعرفة للطباعة والنشر، الطبعة الثالثة، بيروت 1989، ص9.

فالمعجم يصف المخدر بأنه المعطل للإحساس والمبدل للشعور والإدراك، فالمخدرات أتت من اللفظ خدر بمعنى ستر، أما القول خدرا لأسد فيحمل معنى لزم عرينه، وخدرت جسمه وعظامه وأعضاءه والمقصود بذلك أن المخدرات هي التي نتج عنها الكسل والسكون. [1]

ثانيا: التعريف العلمي:

إن المخدرات علميا هي عبارة عن عقاقير تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط مسببة الهلوسة والتخيلات لتؤدي بمقتضاها إلى التعود والإدمان، فهي تضر بالإنسان صحيا واجتماعيا وتؤدي إلى إضرار اجتماعية واقتصادية تمس الأفراد والمجتمع.[2]

كما يشار على أنها مجموع المواد النفسية الطبيعية أو المصنعة التي بفضل تأثيرها على الجهاز العصبي المركزي يمكنها أن تحدث تغييرا في النشاط النفسي، الإحساس، السلوك، ومن ثم خلق تبعية نفسية أو عضوية.[3]

فمثلا علم الأدوية يبحث في تأثير العقاقير على الإنسان وعلى الكائنات الحية، فيعرف هذا العلم العقار على أنه: " المستحضر المستخلص من النباتات أو الحيوانات أو مشتق منها، أو مركب من المواد الكيميائية، والذي يؤثر على الإنسان أو الحيوان أو النبات سلبا أو إيجابا."[4]

ثالثا: التعريف القانوني:

يشير التعريف القانوني إلى أن المخدرات هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صناعتها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له ذلك.

1- أنظر: أحمد مختار، المعجم العربي الأساسي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، القاهرة،1989، ص.385.

2- نظر: أعزيز غنية، ظاهرة الإدمان على المخدرات لدى الشباب في الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة –2–، قسنطينة ،2017، ص19.

3- Bech Richard-C . bungener, psychopathologie de l’adulte, paris Larousse 2002, P.128.

4- هاني عرموش، ، المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1993 ص 13.

.

ويمكن تعريف المخدرات قانونيا أيضا على أنها: " هي كل مادة يترتب على تناولها إنهاك الجسم وتؤثر على عقله حتى تكاد تذهب به وتكون عادة الإدمان التي تحرمه القوانين الوضعية.[1]

وعرف المشرع الجزائري من خلال القانون 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها بأن المخدر هو: " كل مادة طبيعة كانت أم اصطناعية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني للاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961 بصياغتها المعدلة بموجب بروتوكول سنة 1972".

أما المؤثرات العقلية: " كل مادة طبيعية كانت أم اصطناعية أو كل منتج طبيعي مدرج في الجدول الأول أو الثاني أو الثالث أو الرابع من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971".[2]

ومن خلال ما سبق توضيحه يتضح لنا أن التعريف العلمي أو تعريف علم النفس الجنائي يختلف عن التعريف القانوني للمخدرات، بحيث علميا يمكن اعتبار الخمر من المخدرات على أساس ما يسببه من تأثير على الجسم من نعاس أو نوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، كما أنه لا يمكن اعتبار المواد مثل المنشطات والعقاقير المهلوسة من المخدرات، وذلك لما تسببه من تأثير على الجسم حيث أنها تنشطه ويبقى المستهلك في حالة وعي مستمر فترة وقوعه تحت تأثير هذه المواد.

لكن قانونيا فإن الخمر والمهدئات والمنومات لا يمكن اعتبارها مواد مخدرة على الرغم من قابليتها لإحداث الإدمان، وما لها من أضرار على المستهلك، بينما يمكن اعتبار المواد كالأفيون ومشتقاته والحشيش والكوكايين من المخدرات.[3]

أما اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988 فإنها جاءت لتعزيز التدخل الفعال في حماية الصحة البشرية المعرضة للخطر من جراء تفاقم انتشار هذه الآفة.

1- أنظر: سمير محمد عبد الغني طه، الرؤية المستقبلية لمكافحة المخدرات، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، الجزء الأول، القاهرة، 2003، ص10.

2- ارجع المادة الثانية من القانون 18/04 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425، الموافق ل 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية رقم 83 الصادرة بتاريخ 26 ديسمبر 2004.

3- أنظر: ضاوي آمنة وضربان كوثر، مكافحة جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2017، ص7-8.

والملاحظ أن هذه الاتفاقية جاءت لتستكمل التدابير المنصوص عليها بالاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961 المعدلة أيضا بموجب بروتوكول 1972، وكذا الاتفاقية الأممية حول المؤثرات العقلية لسنة 1971، وقد حددت الاتفاقية الأممية العلاقة الوطيدة بين الاتجار غير المشروع بالمخدرات والنشاطات الإجرامية الأخرى المهددة لاستقرار الدول وسيادتها[1]

وقد عرفت الاتفاقية المخدر بأنه: " بأنه أي مادة طبيعية كانت أم اصطناعية من المواد المدرجة في الجدول الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961".

ومن تلك الاتفاقية بصيغتها المعدلة ببروتوكول الاتفاق المبرم بتاريخ 1972 المعدل للاتفاقية المذكورة[2]

وعليه، يمكننا التوصل إلى تعريف أكثر شمولية يتجاوب مع ما تبنته المنظمة العالمية للصحة في تعريفها للمخدرات على أنها: " كل مادة طبيعة أو مصنعة تحتوي على مواد منبهة أو منشطة أو مهلوسة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى تغيير في وظائف الجسم ككل بحيث تتفاوت هذه المواد من حيث قدرتها على إحداث التبعية ولكنها تحدث تعودا يضر بالفرد جسميا ونفسيا واجتماعيا[3]

اربعاً: تعريف الشريعة الإسلامية:

لم تكن المخدرات معروفة في زمن الرسول صلى الله عليه وسلم كما نعرفها اليوم، ولم يكن لها مفهوم واضح في عقول الناس، لذلك لم يرد لها ذكر صحيح في القرآن الكريم أو في السنة النبوية، بل شمل القرآن في تحريمه للمحرمات، كل ما هو خبيث وذكر الخمر باسمها، ولا يوجد أدنى شك في أن تعاطي المخدرات تدخل ضمن الخبائث التي حرمها الله.[4]

كذلك سن الرسول صلى الله عليه وسلم تحريم كل مسكر ومفتر عندما نهى عنهما، وهذا تلميح صريح للمخدرات حسب مفهومها بذلك الزمن، وتحريمها واضح من الحديث.

وان إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد بالمملكة العربية السعودية، في المؤتمر الإقليمي السادس للمخدرات بالرياض عام 1394هـ، عرفت المفتر كما يلي: " المفتر مأخوذ من التفتير

1- تجدون المواد والمستحضرات المخدرة الواردة مرفقة في جداول في الملحق رقم –1–.

2- من ديباجة الاتفاقية الأممية بفيينا 1988 المتعلقة بمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية.

3- أنظر: أعزيز غنية، مرجع سابق، ص20.

4-أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق، ص13.

والإفتار وهو ما يورث ضعفا بعد قوة وسكونا بعد حركة، واسترخاء بعد صلابة، وقصورا بعد نشاط، يقال فترة الأفيون إذا أصابه بما ذكر من الضعف والقصور والاسترخاء."

وعليه، فإن المخدر هو كل شيء ما يشوش العقل، أو يثبطه أو يخدره أو يغير في تفكير وشخصية الإنسان الذي كرمه الله تعالى وخلقه في أحسن تقويم[1]

الفرع الثاني: أنواع المخدرات

يعتبر تعاطي المخدرات واستعمالها على نحو غير مشروع من أهم المشكلات الاجتماعية والإنسانية وأعقدها، لما لهذه المشكلات من انعكاسات سلبية على حياة الأفراد والمجتمعات، بحيث أصبحت مجابهة تلك الآفة الخطيرة مسؤولية المجتمع بأكمله.

والمخدرات ليست نوع أو مصدر واحد، أو لها تأثير واحد على الإنسان، فهناك أنواع كثيرة متباينة تختلف قليلا أو كثيرا في مصدرها وصفاتها وتأثيرها، لذلك عندما حاول العلماء أن يصنفوها في مجموعات أتت تصنيفاتهم ناقصة ومتباينة لا تفي بالغرض، ولا تحوي كل المخدرات على اختلاف أنواعها.

والمخدرات لها أنواع كثيرة وفصائل متعددة، بحيث يحمل كل منها اسم علمي خاص ينتج عنه مشتقات ومركبات مختلفة، ولقد اخترنا أن نفصل الحديث في أنواع المخدرات معتمدين التصنيف المبني على كيفية إنتاجها ومصدرها[2]لأنه يساعدنا على أن نبين بعض الأبعاد العلمية في تكوين المخدرات وبناء على ذلك سنبين في هذا الفرع أنواع المخدرات كمخدرات طبيعية، ومخدرات مصنعة، ومخدرات تخليقية "كيمياوية."

أولاً: المخدرات الطبيعية:

تعتبر المخدرات الطبيعية من أصل نباتي، وهي كل ما يؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة، سواء كانت نباتات برية أي تنبت دون زراعة أو نباتات تم زرعها.[3]

1-هاني عرموش، المرجع نفسه، ص14.

2-. تعددت المعايير المتخذة أساسا لتصنيف المواد المخدرة تبعا لعدة اعتبارات منها على أساس مصدر أو أصل المادة المستخلصة منها، وكذلك تبعا لتأثيرها على النشاط العقلي للمتعاطي، للمزيد أنظر: خليل إبراهيم الشرفا المخدرات والمجتمع، بدون تحديد مكان أو سنة النشر، ص47.

3-أنظر: محمد أحمد مشاقبة، الإدمان على المخدرات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، ، عمان، 2007 ص22.

1-الحشيش:

إن كلمة الحشيش في اللغة العربية معناها "العشب"، وقد أطلقت على المادة المخدرة لنبات القنب الهندي، ويستخرج الحشيش من نبات القنب ومن أزهاره المؤنثة خاصة، ويشعر متعاطي الحشيش بالنشوة المصحوبة بالضحك والقهقهة غير المبررة، وانخفاض محدود في المعرفة، ويمر الزمن عنده ببطء شديد ويعرف الحشيش بأسماء كثيرة منها الكيف في مصر والمغرب والجزائر، والحشيش في سوريا ولبنان ومصر، والجنزفوري في السعودية، والحقبك في تركيا، والتكروري في تونس، والبانجو أو الحشيش في فلسطين والسودان والأردن، والمارجوانا في الولايات المتحدة وأوروبا.[1]

وأجود مناطق الزراعة في العالم لهذا النبات هي لبنان، وتحديدا في بلعبك والهرمل والبقاع، وهي مناطق المصدر الرئيسي لتصدير الاتجار غير المشروع في العالم العربي خصوصا وبعض دول أوروبا المختلفة، ويلاحظ أن الاستخدامات الطبية للحشيش تكاد تكون معدومة، بسبب تعرف الطب الحديث على مواد بديلة أكثر تأثيرا ونفعا.[2]

ويتم استخراج الحشيش بضغط المادة الراتنجة[3]في نبات القنب، وعادة ما يكون الحشيش النقي بني قاتم، أما الحشيش السائل أو زيت الحشيش فهو مادة لزجة لونها أخضر قاتم، ولا تذوب في الماء ويتم تعاطيه إما بتدخينه عن طريق الجوزة أو السجاير، أو عن طري الفم.

وقد دلت الأبحاث العلمية أن تعاطي الحشيش لمدة طويلة يخفض من نسبة هرمون الذكورة في الدم، ويؤدي إلى تضخم في ثدي الرجل وتشوهات في الجنين إن حدث التعاطي أثناء الحمل.[4]

2-الأفيون Opium:

كلمة أفيون مأخوذة من كلمة "أبيون" اليونانية، ومعناها العصارة، والأفيون هي المادة الناتجة من تجريح ثمار الخشخاش(Papaver Somniferum) قبل جفافها، ويعتبر الأفيون من أقدم المواد المخدرة التي

1-أنظر: هاني عرموش ،المرجع سابق، ص91.

2-أنظر: محمد مؤنس محب الدين، السياسة الجنائية في مواجهة المخدرات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1995 ص16.

3-الارتنج هو إفراز القمم المزهرة لنبات القنب والسطح العلوي لأوراقه، ويجمع الارتنج عن طريق قشطه أثناء فترة تزهير النبات، وتبلغ قوة فاعلية الإفراز عشرة أضعاف فاعلية الأوراق في حد ذاتها، للمزيد من التفاصيل أنظر: محمد فتحي عيد جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، المركز العربي للدارسات الأمنية والتدريب، الجزء الأول، الرياض، 1988 ص149.

4-أنظر: جاسم عبدالله النقبي، تعاطي المواد المخدرة والمؤثرات العقلية، دارسة مقارنة، رسالة ماجستير، كلية الحقوق جامعة الإسكندرية، 2010، ص99.

اكتشفها الإنسان، واستخدمتها الحضارات القديمة إما للرفاهية أو أثناء المناسبات أو الطقوس الدينية أو كعلاج لبعض الأمراض.

وشجرة الخشخاش هي المصدر الذي يؤخذ منه الأفيون، وهو نبات يبلغ طوله من 70 سم إلى110 سم، وأوراقه طويلة وناعمة خضراء ذات عنق فضي، أهم مناطق زرعها هي تركيا، المكسيك، الهند ..الخ، ويستخلص الأفيون عن طريق تشريط رأس النبات ويتميز برائحة نفاذة، ويتعاطى عن طريق الفم أو الحقن في الجسم بعد إذابته في الماء.[1]

ومن آثاره الشعور بالنشوة والانشراح والسعادة في كامل الجسم مع بطئ في ضربات القلب، كما له تأثير على المعدة والأمعاء والبنكرياس، حيث تقلل الإفرازت والعصارات المعدية والمعوية، ومن مخاطره التهاب الكبد والإيدز نتيجة تبادل الحقن بين المدمنين[2].

3- : الكوكاErythroxylum Coca

عرف الإنسان نبات الكوكا منذ أكثر من خمسة عشر قرنا من الزمان، فشجرة الكوكا عبارة عن نبات ذات أوراق دائمة، تسمى شجيرة الكوكا الحمراء، وهي لا تنمو إلا في مناخ تتراوح درجة الحرارة فيه من 15-20 درجة مئوية ،وتنمو في مجموعات من سبع أوراق على شكل فرع من أفرع النبات، ويخضع نبات الكوكا لنظام الرقابة الدولية المنصوص عليه في الاتفاقية الوحيدة لمكافحة المخدرات.[3]

ويتم زارعته في أمريكا اللاتينية خاصة في بوليفيا والبيرو وكولومبيا، والطريقة الشائعة لتعاطي أوراق شجرة الكوكا مضغها بالفم، وكذلك استحلاب عصارة الأوراق المحتوية على مادة الكوكايين، وهي شبيهة بطريقة تعاطي القات تقريبا.[4]

4- القات: Catha

لا يذكر القات إلا وتذكر بلاد اليمن، فالقات واليمن مترادفان، ويعتبر أغلب اليمنيين من متعاطي القات، بحيث أن هذا الأخير يعتبر من السلع التجارية المهمة في اليمن.

---

[1] أنظر: نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهدى للطباعة والنشر، عين مليلة، الجزائر، 2006 ص17.

[2] أنظر: محمد رفعت، مرجع سابق، ص25.

3 أنظر: محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، الجزء الأول، المرجع السابق ،ص198.

[4] أنظر: محمد عبد الكريم الدوس ،المرجع سابق، ص15

وشجرة القات حبشية الأصل، ويقال أن الأحباش نقلوها إلى اليمن عام 525م، وهي شجرة صغيرة لا يتجاوز ارتفاعها 1-2 متر، ولها أوراق متقابلة وأزهار بيضاء، تجتمع بشكل عنقودي، وقد أقنع

اليمنيون أنفسهم بأنه لا غبار على زراعة القات والاتجار به وتعاطيه، ولقد وقفت الدول مواقف متفاوتة من قضية القات، بين ما هو مجرم أم مباح، ففي سوريا والعراق وفلسطين وقطر والبحرين والسعودية ومصر والمغرب والجزائر يمنع زراعة القات وتعاطيه والاتجار به، أما هيئة الصحة العالمية فقد صنفت القات من ضمن المخدرات، وأضيف إلى جداول المخدرات رسميا عام1973 [1].

ويعتبر القات مضر بالصحة لاحتوائه على مادة مخدرة من أشباه القلويات تسمى "قاتين"، ومن أعراض متعاطيه اضطرابات في الدورة الدموية، كما تصاب المعدة بالالتهابات وقلة إفرازاتها، ويحدث شلل في الأمعاء وفي مجرى البول، بالإضافة إلى تليف الكبد، مع ظهور أعراض الخمول الجنسي، بحيث أنه يشعر الأعزب بعدم قدرته على ممارسة الجنس، ولذا يبدو على مدمن القات ضعف البنية واصفرار الوجه وقلة النشاط، ومشكلة القات ما زالت إقليمية النطاق، ولا تخضع لمزيد من الرقابة الدولية في الوقت الحالي لعدة أسباب؛ أهمها ذبول أوراق هذا النبات عند نقلها إلى الأماكن البعيدة، وبالتالي ضياع تأثيرها الفعال، بالإضافة إلى انحصار مشكلاته داخل مناطق إنتاجه، وبالتالي لا يسبب مشكلات للدول المستهلكة الكبرى.[2]

ثانياً: المخدرات المصنعة:

يقصد بالمخدرات المصنعة هي تلك المخدرات المستخلصة من المواد والنباتات الطبيعية، ولكنها أقوى تركيزا منها وأشد فتكا بالإنسان، مثل المورفين المستخلص من الأفيون لكنه أشد قوة منه، والهيروين المشتق من المورفين وهو أيضا أشد قوة من المورفين، ولعل هذه المواد المصنعة لها تأثير صحي بالغ الخطورة لما تسببه من فقدان للشهية، زيادة في ضربات القلب، قصور في وظائف الكلية، القشعريرة وغيرها من المخاطر، ولعل أشد هذه الأعراض هو مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) الذي ينتقل عادة عن طريق الحقن التي يستخدمها المدمنون[3]، ومن أشهر المخدرات المصنعة ما يلي:

[1] أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق، ص199.

[2] أنظر: محمد مؤنس محب الدين، مرجع سابق، ص20.

[3] أنظر: محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص47

1- : المورفين Morphine

المورفين عبارة عن مسحوق أبيض، ويعتبر من أقوى المخدرات المانعة للألم، يكون على شكل أقراص مستديرة، بحيث يكون لونه ما بين الأبيض والأصفر، ويمكن استخلاصه من النبات المحصود (قش الخشخاش)، ويتعاطى معظم مدمني المخدرات مادة المورفين عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل، ونادرا ما يتعاطونه عن طريق البلع، إلا أنه لدى استعماله بهذا الأسلوب يتعين تعاطيه بكميات كبيرة، وهو ما يكلف ماليا تكاليف باهظة، وفي حالات الإدمان المتقدم يلجأ المتعاطي إلى الحقن في الوريد مباشرة، حيث تكون فاعليته أسرع من الحقن تحت الجلد.[1]

أما بالنسبة لآثاره؛ فتكمن في نشوء التأثير القوي على قشرة المخ، وكثرة استعماله قد تؤدي إلى الاعتماد عليه، أما إذا غاب عنه ذلك المخدر، فإنه يصاب بهيجان عصبي، كما أنه لا يوجد في الطب الآن عقار له قوة المورفين لتخفيف الآلام الجسيمة، وكثرة استخدامه يؤدي إلى الإدمان عليه.[2]

2- الهيروين Heroin:

وهو مشتق شبه صناعي من المورفين، ويفوق فعاليته مرتين إلى عشر مرات وفقا للمقادير المستعملة، ويعتبر أكثر المخدرات خطورة في العالم؛ وذلك لكثرة المتعاطين له وسرعة الإدمان عليه، وهو مسحوق أبيض غير بلوري وناعم جدا إذا وضع على اليد وضغط عليه يختفي.[3]

ولعل ما يميزه صعوبة ذوبانه في الماء على عكس الكحول التي يذوب فيها بسهولة، في حين أن رائحته تشبه رائحة الخل (الهيروين مستخلص من المورفين المستخلص من الأفيون).

ولقد استخدم الهيروين في العلاج الطبي، لكنهم سرعان ما تخلوا عنه نتيجة أضراره الكبيرة وفي مقدمتها الإدمان عليه، ويعد الكيميائي الإنجليزي Wright أول من قام باكتشاف هذه المادة وتصنيعها سنة 1874 وذلك بمستشفى سانت ماري في لندن.[4]

---

[1] أنظر: محمد عبد الكريم الدوس، مرجع سابق، ص17.

[2] أنظر: إعمارن سهام وقرايشي سامية، الإدمان على المخدرات وتأثيره على السلوك الإجرامي، مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق ،جامعة عبد الرحمن ميرة –بجاية–، 2018، ص13.

[3] أنظر:أحمد أبو الروس، مشكلة المخدرات والإدمان، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية ،1996، ص15.

[4] أنظر: خلود سامي آل معجون، مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة العربية السعودية المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض ،1991، ص30.

كذلك يتميز متعاطيه باضطراب الشخصية مع سلوك معادي وفشل مستمر في العمل وقلة التركيز وأيضا يشعر بحكة في العيون والأنف، ورغبة في الهرش بالأيدي والرجلين، وبعد زوال أثر الحقنة يبدأ المدمن بالإحساس بالتوتر والعصبية والعرق والتثاؤب. [1]

كما أنه يشعر مدمن الهيروين بأنه قد أكل حتى شبع، وأنه قد مارس العملية الجنسية حتى نهايتها وأنه فضلا عن ذلك قد أزال جميع مشاعر القلق، ويستخدم الهيروين بالاستنشاق على صورة صعود، أو بحرقه على ورق فضة واستنشاق أبخرته، أو عن طريق الحقن في الوريد، بحيث أنه يكفل أسلوب التعاطي عن طريق الحقن أقصى تأثير ممكن.[2]

3-الكوديين Codeine:

يشتق الكوديين عموما من الأفيون، ويستعمل كمادة فعالة في أدوية الكحة وفي بعض المسكنات حيث الإدمان، ومن مزاياه أنه يفوق المورفين من حيث تأثيره المضاد للسعال، ومن أهم مشتقاته الهيدروكودين، البيروكودان، الفولكودين.

يتم تعاطيه إما عن طريق الفم أو عن طريق الحقن، ومن أهم آثاره هي الاضطرابات التنفسية والإمساك وكثيرا ما يحدث عدم استقرار وتوتر وتقلصات عضلية في حالات الإدمان المتواصل[3].

4- الكوكايين Cocaine :

وهو عبارة عن مادة بيضاء منبهة للجهاز العصبي، وتستخرج من أوراق أشجار الكوكا، ويتم استخدامه كمخدر موضعي في العمليات الجراحية الخاصة بالعينين والأنف والحلق، ومن آثار استهلاك الكوكايين شعور بالنشوة والفرح، ويعقب ذلك سرعة في النبض وشعور بالحزن واليأس والكسل، فيبحث المدمن عن استهلاك مرة أخرى لتكرار المتعة، وهكذا يبقى أسيرا لهذا المخدر، ومن مخاطره أيضا أن خمس جرعات بمقدار غرام واحد لكل منها قد يؤدي إلى الموت.[4]

---

[1] أنظر: محمد عبد الكريم الدوس، مرجع سابق، ص18.

[2] أنظر: محمد عبد الكريم الدوس ،المرجع السابق، ص19.

[3] محمد عبد الكريم الدوس، المرجع نفسه، ص72.

[4] أنظر: بن عبيد سهام، جريمة استهلاك المخدرات بين العلاج والعقاب، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير، كلية الحقوق، جامعة الحاج لخضر- باتنة-، 2013، ص19.

ثالثاً: المخدرات التخليقية "الكيمياوية ":

وهي ذلك النوع من المخدرات التي تتم جميع مراحل صنعها في المعامل، فهي مواد كيميائية لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية، وان كانت تحدث آثارا مشابهة للمخدرات الطبيعية لا سيما حالة الإدمان.

فهذا النوع هو مستخلصات ناتجة عن تفاعلات كيميائية، فمنها من يسبب التنبيه للجهاز العصبي وهي ما تسمى بالمنبهات، ومنها ما يسبب الهبوط والهدوء وهي ما تسمى بالمهدئات، ومنها ما يؤدي إلى اختلال الإدراك أو الانفصام في التفكير والسلوك والوظائف الحركية وهي ما تسمى بالمهلوسات، ومنها مايسمى أيضا بالمذيبات الطيارة[1].

1- المنبهات والمنشطات Stimulants :

وهي عقاقير محددة، من خواصها تنشيط الجهاز العصبي وعدم إحساس الفرد بالإرهاق والنوم، كما يشعر متعاطيها بالنشوة الحيوية والرغبة في العمل والزيادة في التركيز، وعادة ما تنتشر بين الطلبة والرياضيين.[2]

ومن أهم مضاعفاتها هبوط ضغط الدم، الإصابة بالالتهاب الكبدي، الضعف الجنسي، هبوط حاد في القلب، الإصابة بسرطان الرئة.[3]

2- المهدئات والمهبطات Depressants:

ويطلق عليها مجموعة البارابيتيوارت، وهي العقاقير المستعملة في بعض الأغراض الطبية المشروعة، فهي تسبب الهدوء والسكينة وتستخدم في التخدير وعلاج الصداع والتوتر، وعند إساءة استعمالها تؤدي إلى الإدمان، من أنواعها السيكومال وأقراص المندركس، وهذه المواد المخدرة من المواد

---

[1] أنظر: زواش ربيعة، جريمة استهلاك المخد ارت بين العقوبة وتدابير الأمن في التشريع الج ازئري، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، العدد 44، المجلد أ ،ديسمبر 2015، ص443.

[2] أنظر: نبيل صقر، مرجع سابق، ص22

[3] أنظر: عايد علي الحميدان، المخد ارت التخليقية، تقرير صادر عن اللجنة الوطنية للوقاية من المخد ارت، الكويت ، 2011 / موجود على الرابط التالي : .www.nadc-kw:org تاريخ الإطلاع : 17-07-2020 الساعة 30: 20 .

المؤثرة على الحالة النفسية، وبسببها أبرمت اتفاقية المواد المؤثرة على الحالة النفسية التي عقدت في فيينا عام 1971، وهي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي وتؤدي إلى إبطاء النشاط الذهني.[1]

3- المهلوسات Hallucinogenes:

وهي مجموعة من المواد الكيميائية التي تسبب لمستهلكها الهلوسات والخدع البصرية والسمعية واختلال الحواس والانفعالات، وتسمى بالمهلوسات لأن متعاطيها يصاب بهلوسة عقلية وتحدث له تخيلات غريبة قد تدفعه إلى الجنون أو الانتحار أو ارتكاب جريمة، وأهم هذه المهلوسات عقار L.S.D وعقار P.C.P، وتكون المهلوسات على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم أو كمساحيق للشم.[2]

4- المذيبات الطيارة Inhalant:

يعتبر استنشاق المواد الطيارة أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد التنفسية والاعتماد عليها، وتشترك المواد المصنعة تحت هذه الفئة في سرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة وفي كونها تحدث درجة من التسمم عند استنشاقها، يدخل من أنواعها مزيل طلاء الأظافر والبنزين والصموغ الصناعية بأنواعها ووقود الولاعات ومزيل البويا وغيرها[3]

ولقد قامت منظمة الصحة العالمية في عام 1973 بإدراج مجموعة من المواد التي تستنشق ضمن قوائم العقاقير والمواد التي تسبب الاعتماد، ويتم تعاطي المذيبات الطيارة عن طريق وضع المادة الطيارة في كيس (ورقي أو بلاستيكي) واستنشاقها بعمق، أو عن طريق وضع المادة الطيارة على قطعة قماش ثم توضع على الفم والأنف بغرض استنشاقها وغيرها من الطرق الأخرى.[4]

ومن أهم مضاعفات الغازات والمذيبات الطيارة أنها تسبب الدوار ويضعف جهاز المناعة، وكذلك انتشار الأمراض الجنسية وضعف القدرة على الممارسة، بالإضافة إلى فقدان الوعي واضطرابات نفسية وجسدية، وكذلك قد تؤدي إلى فقدان السيطرة والوهن والضعف والموت الفجائي.[5]

---

[1] أنظر: أحمد أبو الروس، مرجع سابق، ص20.

[2] أنظر: زواش ربيعة ،المرجع سابق، ص444.

[3] أنظر: محمد فتحي عيد ،جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، الجزء الأول ،مرجع سابق، ص273

[4] أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق، ص287.

[5] أنظر: محمد عبد الكريم الدوس، مرجع سابق، ص22.

رابعا: المخدرات الرقمية:

يعتبر هذا النوع من المخدرات مشكلة اجتماعية قانونية حديثة النشأة ناجمة عن التطور التكنولوجي والتقني، يطلق عليها باسم المخدرات الرقمية، سنحاول أن نتطرق إليها بشيء من التفصيل.

1- مفهوم المخدرات الرقمية :

إن النظر في عنوان هذا النوع من المخدرات ألا وهو المخدرات الرقمية يتبادر لنا للوهلة الأولى أن هذا النوع هو عبارة عن عملية الترويج للمخدرات عبر وسائل الانترنت ووسائل المعلوماتية والرقمية، إلا أن الأمر يختلف جذريا عن هذا التصور المبدئي لدلالة العنوان، بحيث أن الموضوع أخطر وأكثر خطورة، خصوصا وأن الأمر يتعلق بعقاقير مخدرة مستحدثة لم يعرف لها العلم نظيرا في السابق، والتي تهدد كيان المجتمع من أساساته التي هي فئة الشباب من خلال مواقع الانترنت، وذلك من خلال وسائل شيطانية تستخدم لذهن حياتهم وتحولهم إلى مدمني مخدرات نغمية وصوتية يتجاوز خطرها النفسي والجسماني تأثير المخدرات التقليدية[1]

أ. الجذور التاريخية للمخدرات الرقمية:

إن تأثر الإنسان بالموجات السمعية قديم جدا، قد تكون أقدم مما نتصور، واكتشف هذا النوع من المخدرات لأول مرة سنة 1839 من طرف العالم الفيزيائي الألماني هنريش دوف، واستخدمت لأول مرة عام 1970 في علاج بعض الحالات النفسية لشريحة من المصابين بالاكتئاب الخفيف في حالة المرضى الذين يرفضون العلاج السلوكي (الأدوية)، ولهذا تم العلاج بذبذبات كهرومغناطيسية لفرز مواد منشطة للمزاج.[2]

ب . تعريف المخدرات الرقمية:

إن المخدرات الرقمية أو ما يطلق عليها بالفرنسية Les drogues numériques وبالإنجليزية Digital drugs يعرفها المتخصص في اللغة الحاسوبية بجامعة الكويت الدكتور صلاح الناجم أنها عبارة

[1] أنظر: جبيري ياسين، المخدرات الرقمية، مجلة الشريعة والاقتصاد ،جامعة الأمير عبد القادر قسنطينة ،مجلد 8

[2] خضر بارون ،أستاذ في علم النفس، ندوة بعنوان: المخدرات الرقمية وغياب التشريع والبحث العلمي، موجودة على الرابط التالي: https://www.alanba.com.kw/ar/kuwait-news/516267/26-11-2014 .17:00،تاريخ الاطلاع 26-08-2020

عن ملفات صوتية MP3 مخزنة بصيغة تشغيل خاصة طورته أحد المواقع التجارية باستخدام تقنية مفتوحة المصدر GPL–open source وتسوقها تحت اسم "المخدرات الرقمية"، وكل ملف صوتي

يتراوح طوله بين 30 و 40 دقيقة، ويمكن تحميل هذه الملفات عن طريق أجهزة الهاتف الذكية والحواسيب والأجهزة اللوحية. [1]

أما من الناحية الطبية وحسب ما يوضحه الأطباء فإن الدماغ البشري مكون من فصين أيمن وأيسر، وكل منهما مختص في وظائف معينة، وعند تسليط ذبذبات صوتية على المخ، فإن الأذن تحاول تصحيح الذبذبات الصوتية الموسيقية، لأن هناك علاقة بين ما يسمعه ويشاهده الإنسان وبين العقل الواعي، ومثالا على ذلك بمريدي الطرق الصوفية الذين يصلون إلى حالات اللاوعي والسكر بالاستماع إلى نوع معين من الموسيقى، مشيرا إلى وجود جهاز على مستوى الدماغ يتأثر بأنواع معينة من الموسيقى ويتوهم الشخص إثرها بأنه وصل إلى درجة اللذة والنشوة.[2]

هذه الملفات الصوتية كما يقول مصمموها باستطاعتها محاكاة حالات إدراكية معينة Altered state of consciousness مرتبطة بموجات الدماغ المعروفة باسم موجات (ألفا، بيتا، دلتا) عن طريق ما يعرف بالنغمات أو الدقات السمعية الثنائية، وهذه النغمات تبث بشكل يعتمد على تباين ترددات النغمات المسموعة من أذن لأخرى، وعندما تسمع أصوات هذه النغمات دون سماعات أذن يشعر المستمع أنها نغمة واحدة مع شيء من التذبذب فيها، ولكن عندما تستخدم سماعة أذنين فإن النغمتان سوف تكونان منفصلتين، وسيسمع لترددات كل أذن بشكل واضح مختلف عن الأذن الأخرى، ولو استمر في الاستماع عن طريق سماعة أذن لفترة من الزمن، فإن الدماغ سيلجأ على الفور إلى التدخل لمعالجة هذا الاختلاف البسيط في ترددات موجات كل نغمة عن طريق عملية محاكاة تعرف بالتناغم Synchronisation، حيث تتناغم موجات الدماغ مع ترددات النغمات السمعية الثنائية باستخدام عملية تعرف علميا بعملية الاستجابة بتتبع الترددات.[3]

---

[1] صلاح الناجم، أستاذ في اللغة الحاسوبية والمعالجة الحاسوبية للغة الطبيعية بجامعة الكويت، ندوة بعنوان: المخد ارت الرقمية وغياب التشريع والبحث العلمي، موجودة على الرابط التالي: https://www.alanba.com.kw/ar/kuwait-news/516267/26-11-2014 تاريخ الإطلاع: 26/07/2020 الساعة 22:45.

[2] أنظر: جبيري ياسين ،المرجع السابق، ص577

[3] جبيري ياسين ،المرجع نفسه، ص578.

ت . أسباب تعاطي المخدرات الرقمية وادمانها:

إن أسباب تعاطي المخدرات الرقمية والإدمان عليها عديدة ومتنوعة بحسب الظروف العامة والخاصة للمتعاطي، نذكر أهمها على سبيل المثال لا الحصر:

ضعف الوازع الديني والأخلاقي لدى الشخص المتعاطي.

- ✓ عولمة منظومة الحقوق واعتبار الشبكة المعلوماتية حقا من الجيل الرابع.
- ✓ الإحساس بالفراغ والخواء.
- ✓ السفر والتأثر بالمواطنين الأجانب.
- ✓ توفر المال بكثرة.
- ✓ الهموم والمشكلات الاجتماعية والأسرية وكذلك حب التقليد.

2- موقف القانون من المخدرات الرقمية :

إن الوضع القانوني لهذا النوع من المخدرات غير محدد، بحيث أنه لا يمكن تطبيق القانون بشأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار بها على هذا النوع، فإن هذا النوع من الإجرام لا يمكن متابعة متعاطيه أو مدمنه جزائيا ما لم يصدر نص واضح وصريح بهذا الصدد، والى أن تصدر نصوص تنظيم المخدرات الرقمية يبقى المروجون والمتعاطون لهذه العقاقير بعيدا عن سلطة القانون. [1]

وما يمكن قوله في الأخير أن المنظمة القانونية الجزائرية خالية تماما من أي نصوص تخص موضوع المخدرات الرقمية على الرغم من أنها سباقة في هذا المجال للتصدي لكل أمر مستحدث يمس الأمن والسلامة المجتمعية، وذلك لأن الموضوع مستجد على الساحة الوطنية حتى وان سجلت حالات تعاطي في هذا الصدد في الآونة الأخيرة لهذا العقار المستحدث.

المطلب الثاني: مفهوم الإدمان

لا يعتمد بكلمة الإدمان ADDICTION على عقار مجرد الاعتياد أو طول الاستعمال، وإنما تفيد تكوين عادة قوية ملحة تدفع المدمن إلى الحصول على العقار بأية وسيلة مع زيادة الجرعة من وقت

[1] أنظر: جبيري ياسين ،المرجع السابق، ص596.

لآخر، ومع الصعوبة قد تصل إلى حد الاستحالة في الإقلاع عنه نظرا للاعتماد النفسي أو الجسدي أو كلاهما[1]

ويعتقد علماء النفس والاجتماع أن الإدمان عملية متعلمة، ويرون أن بيئة الفرد لها فاعليتها، غير أنهم يرون أن هناك من الأفراد من يتعرضون للمخدرات في بيئتهم لكنهم لا يتعلمون الإدمان، بينما يوجد آخرون يتعرضون لنفس الظروف ويصبحون من المدمنين.

ويعتبر الإدمان أثر ونتيجة حتمية لاستهلاك المخدرات، إلا انه لم يتفق بعد على مصطلح موحد له، لذلك سوف نبين تعريف الإدمان بالفرع الأول، ومن ثم مراحل الإدمان على المخدرات بالفرع الثاني ومن ثم نبين أهم أسباب وآثار الإدمان على المخدرات بالفرع الثالث.

الفرع الأول: تعريف الإدمان

تستعمل عدة تعابير مثل "تبعية"، "إدمان"، "ارتباط" للدلالة أحيانا على نفس الفكرة، على الرغم من أنها تؤدي إلى معاني مختلفة، سواء كانت قضائية أم بوليسية، طبية أو نفسية، فلا يمكن لأي تعبير أن يحيط بكامل الإشكالية المرتبطة بالمواد المنشطة.[2]

لقد قامت منظمة الصحة العالمية OMS باستبدال لفظ الإدمان ADDICTION بلفظ آخر ألا وهو الاعتماد على العقاقير Drug Dépendance. [3]

إن المدمن على المخدرات يصبح مهتم بهذه الأخيرة أكثر من أي نشاط آخر، وأكثر من التزاماته الشخصية، ويصبح هناك زيادة في التحمل.[4]

والإدمان مرض يصيب الإنسان رغم إرادته، فلا أحد يريد أن يكون مدمن، ويقصد بالمدمن هو الفرد الذي لا يستطيع أن يقوم بعمله إلا بعد تناوله لمقدار مناسب من الخمر أو المخدر المعتاد عليه ونتيجة لهذا فإن عمله وإنتاجه يقل ويتدهور شيئا فشيئا، وكلما وجد نفسه غير قادر على الإنتاج المطلوب منه يزيد من كمية المخدر الذي يتناوله، وهكذا إلى أن يتدهور جسميا وعقليا وماديا.[5]

---

[1] أنظر: علي عبد السلام علي، مرجع سابق، ص183

[2] أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص24.

[3] Joffens, Toxicomanies l'Aube, de 3éme Millénaire, une approche global, 1999 ،P.57

[4] أنظر: عبد الرحمن محمد العيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية1994 (ص77.

[5] أنظر: عبد الحكيم العفيفي، الإدمان، الزهراء للإعلام العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1986، ص16

ومن خلال ذلك يمكن طرح مجموعة من التعاريف للإدمان:

أولاً: التعريف الفقهي:

لقد اختلف الفقهاء في تعريف الإدمان، فمنهم من عرفه على أنه الوقوع في أسر المخدرات، حيث لا يجد المتعاطي منه مهربا فيصبح مدمنا.

وكذلك عرف الإدمان على أنه السعي وراء الحصول على المخدر وتناوله، نظرا لأنه يكون جزءا من مكونات الجهاز العصبي. [1]

وما يلاحظ من هذا التعريف أنه اقتصر على ذكر التبعية النفسية دون التبعية الجسدية.

كما عرف الإدمان أيضا من قبل الفقهاء بأنه: " استعمال الدواء أو العقار أو المخدر بكثرة وباستمرار دون النظر في اعتبارات الممارسة الطبية المقبولة.[2]

واقتصر هذا التعريف على ذكر أن الإدمان ينتج إثر استهلاك مستمر للمخدر دون أن يذكر حالة التبعية والاعتماد التي يصل إليها المدمن.

كما عرف أيضا بأنه: " حالة من التسمم الدوري أو المزمن ضار للفرد وللمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الصناعي."

ويتصف الإدمان بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها، للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد في الحصول عليه بكل الوسائل الممكنة، كما يتصف بالميل نحو مضاعفة مقدار الجرعة، ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو الجسمي أو كليهما معا. [3]

ولقد عرف المشرع الجزائري الإدمان في القانون 18/04 في المادة الثانية منه بأنه: " حالة تبعية نفسانية أو تبعية نفسية جسمانية تجاه مخدر أو مؤثر عقلي."

والفقه الغربي عرف الإدمان بأنه: " تصرف يتطلب استهلاك بطريقة اعتيادية أو دورية لمادة أو أكثر من المواد النفسية، وهي سريعة التأثير وتسبب الاعتياد أو حالة من التبعية النفسية والجسدية."

---

[1] أنظر: أحمد أبو الروس، مرجع سابق، ص89.

[2] أنظر: فؤاد بسيوني متولي، التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 2000 ص23.

[3] أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق، ص295.

فبالنسبة للبعض، الإدمان يتكون من إستراتيجية تكيف، والتي تسمح للمستهلك باللجوء إلى المواد النفسية لتفادي الشعور بالعجز، الفشل، عدم الكفاءة، وبالتالي حالة الاكتئاب تغذي فقدان الأمل وظروف المعيشة الصعبة، والتي في العادة يكون يعاني منها المدمن منذ الصغر

فالإدمان هو تبعية نفسية وجسدية لمادة أو أكثر من المواد السامة (مهدئات، منشطات، وغيرها من المؤثرات العقلية) بدون مبرر علاجي، فأصبحنا الآن أمام تعدد في الإدمان، وذلك راجع لتناول المواد المخدرة المستهلكة (كحول، أدوية، كل أنواع المخدرات الطبيعية منها أو المصنعة)، فدرجة الرغبة في استهلاك المخدر تتغير ويصبح المدمن لا يتحكم في الجرعات التي يتعاطاها ،فينتقل من التعود إلى التبعية.[1]

ويقول J.Bergert أن الإدمان يمكن أن نعتبره تابعا لنقص عاطفي، أي أن يكون المدمن مجبرا على دفع الثمن بواسطة جسمه، وهذا لعدم وفائه بتعهداته وتعاقداته من جهة أخرى[2],

وقد استعمل J.Bergert هذه الكلمة في إطار التحليل النفسي، أن التبعية الجسدية تكون لها قيمة بالنسبة للفرد لمحاولة لا شعورية من اجل تصفية الحساب.

ويختلف إدمان المخدرات عن التعود عليها، لذا فقد حددت لجنة خبراء المخدرات التعود (العادة) على المخدرات على أنه : " حالة تنشأ من تكرار تعاطي عقار مخدر.[3]

ثانياً: تعريف هيئة الصحة العالمية:

يعرف الإدمان وفقا لتعريف هيئة الصحة العالمية بأنه: "حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية والعضوية ولتجنب الآثار المهددة أو المؤلمة التي تنتج من عدم توفره."

وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة وحدة، والأنواع التي تحدث إدمانا هي الكحوليات والمخدرات مثل الأفيون ومشتقاته والكوكايين والحشيش والعقاقير المختلفة المنشطة والمنومة.[1]

---

[1] أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص26.

[2] بن عبيد سهام، المرجع نفسه، ص27.

[3] أنظر: عبد الرحمن محمد العيسوي، الجريمة والإدمان ، دار الراتب الجامعية، الطبعة الأولى، بيروت ،2000 ص122.

ومن خصائص الإدمان الرغبة الملحة في الاستمرار على التعاطي والحصول على المخدر بأية وسلة، وزيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم عليه والاعتماد النفسي والعضوي عليه، والتعود على العقار يزيد الرغبة في الاستمرار على تعاطيه لما يسببه من الشعور بالراحة ولتحقيق اللذة وتجنب الشعور بالقلق والألم ويحدث تعود الجسم بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات عضوية ونفسية شديدة عند امتناعه عن تعاطي العقار فجأة.[2]

الفرع الثاني مراحل الإدمان على المخدرات

إن الإدمان على المخدرات يمر بأربع مراحل، هذه المراحل يمر بها المدمن حتى يصل إلى المرحلة النهائية ألا وهي مرحلة الإدمان التام، يمكن إيجازها فيما يلي:

أولاً: مرحلة التجربة:

تعتبر هذه المرحلة هي المرحلة الأولى من مراحل الإدمان، فهي مرحلة استكشافية تعتمد على تجربة العقار أو المخدر كأول مرة، وتكفي كميات صغيرة لإحداث أثر المخدر، لأن خاصية الإدمان لم تتكون بعد، وقد ويتعاطى الفرد المخدر على فترات متباعدة، وقد يتعاطاها في مناسبات اجتماعية معينة وقد يترك الفرد المخدر وقد يستمر في التعاطي لشهور أو سنوات دون أن يتجاوز مرحلة التجربة، وفي هذه المرحلة لا تظهر أي علامات على المتعاطي، وكذلك لا توجد رغبة في زيادة الجرعة، وتعتبر التجربة من بين الأسباب المؤدية إلى الإدمان[3]

ثانياً: مرحلة التعاطي المتعمد:

في هذه المرحلة يبدأ الفرد بالبحث عن المخدر أو عن الأفراد المتعاطين وجعلهم أصدقاء له، بحيث يكون المتعاطي قد تعود على تناول المادة المخدرة، ويميل لتكرار عملية التعاطي لهذه المادة وذلك بهدف الحصول على نفس الأثر الذي حدث له في المرات السابقة، وفي هذه المرحلة ينخدع المتعاطي بقدرته على الاستمرار في حياة مزدوجة وتدعوه للاعتقاد بأنه قادر على التحكم في تعاطي المخدرات، وفي حالة

---

[1]أنظر: عبد الرحمن محمد العيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه ،المرجع سابق، ص108.

[2]أنظر: عبد المنعم الحفني، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة ،1978، ص21.

[3] أنظر: فارح سمير، ظاهرة العود للإدمان على المخدرات والتفكك الأسري، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الجنائي، كلية علم الاجتماع، جامعة بن يوسف بن خدة –الجزائر–، 2009، ص50.

توقفه عن التعاطي يحدث له ما يسمى بأعراض الإدمان، ولكن هذه الأعراض قد تحدث بصورة بسيطة وليس هناك حاجة قهرية لزيادة الجرعة من المخدر، حيث يمكن تركه بسهولة دون الحاجة للعلاج في مصلحة متخصصة لعلاج حالات الإدمان. [1]

ثالثا: مرحلة الإدمان:

في هذه المرحلة يشعر المتعاطي بحاجته إلى المخدر مهما كان الثمن، لأنه يكون قد فقد كل السيطرة على إرادته تجاه هذه المادة ، وإذا توقف عن استعمال المخدر أو إذا منع من تناوله فإنه سوف يعاني من آلام جسمانية وعقلية مؤلمة، وإذا حصل ذلك؛ فإن هذا العقار المخدر سوف يعتبر من العقاقير التي تسبب الاعتماد الجسماني عليه.[2]

رابعا: مرحلة الاحتراق:

وهي تعتبر آخر مرحلة من مراحل التعاطي والإدمان، وأقرب تعريف لهذه المرحلة يمكن تسميتها بالموت البطيء، حيث نادرا ما يشعر المتعاطي بالنشوة واللذة، ويكون التعاطي للمخدر عن قصد وغير خاضع لسيطرته، ومستمرا طوال اليوم من أجل التغلب على أعراض الحرمان التي تظهر بكثرة خلال هذه المرحلة، وهنا تزداد فكرة الانتحار لدى المتعاطي وتصبح مسيطرة عليه، وكذلك يصبح بحاجة أكثر للعلاج في مصحة متخصصة لعلاج المدمنين، وإلا سيؤدي به الأمر إلى الموت[3]

الفرع الثالث :أسباب وآثار الإدمان على المخدرات

هناك عدة أسباب لانتشار المخدرات والإدمان عليها، منها ما يتعلق بالمادة المخدرة نفسها وأخرى تعود لشخص المدمن، وكذلك البيئة التي يعيش فيها المدمن والتي تأثر عليه من جميع النواحي سواء صحيا أو نفسيا أو اجتماعيا.

[1] أنظر: فارح سمير ،المرجع السابق، ص51.

[2]أنظر: عدنان حسين عوني، سلبيات المخدرات، ورقة عمل مقدمة لأعمال الندوة العلمية حول " دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات"، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض ،2001، ص127.

[3]أنظر: رجب أبو جناح، المخدرات آفة العصر، دار الجماهيرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، بنغازي، ليبيا ،2000 ص47.

أولاً: أسباب الإدمان:

للإدمان أسباب عديدة، ولتحديدها قسمها بعض الباحثين إلى ثلاث عوامل رئيسية تتمثل فيما يلي:

1- العوامل المتعلقة بالمادة المخدرة:

لا يمكن تصوريا أن يقوم الإدمان دون أن يقترن بمادة معينة يعتمد عليها، بحيث أن هناك عوامل تساعد المدمن على الإدمان تعود للعقار أو المادة المخدرة، منها ما يلي:

أ.**وفرة المواد:** بحيث أن توفر المادة وسهولة الحصول عليها تزيد من فرص التعاطي لدى بعض الأفراد، فالمؤكد أن بعض المواد يصعب الحصول عليها أكثر من غيرها، لكن المواد النفسية الأكثر استهلاكا كالحشيش مثلا يوجد في كل مكان يتواجد فيه الشباب.[1]

ب .**كيفية استعمال المادة المخدرة:** بحيث أنه يختلف تأثير نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي يتم بها التعاطي سواء عن طريق الفم أو الشم أو الحقن الوريدي أو العضلي أو التدخين ..الخ.

ت . **الخواص الكيميائية للمخدر**:بحيث أنه ثبت علميا أن لكل مادة خواصها وتأثيراتها على الإنسان، وأن أي شخص بعد تعاطيه لأنواع مختلفة من المواد، فإنه لا يلبث أن يفضل أصنافا عن أخرى ويدمن عليها.[2]

2- العوامل المساعدة المتعلقة بالمدمن نفسه:

إن كل شخص في العالم يمثل نفسه فقط، رغم تشابهه في بعض الصفات مع الآخرين، وبالتالي هناك صفات تخصه وحده تساعده على الإدمان.[3]

---

[1] أنظر: أعزيز غنية، مرجع سابق، ص41.

[2] أعزيز غنية، المرجع نفسه، ص43.

[3] أنظر: عبد العزيز بن عبدالله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002، ص92.

أ.**عوامل وراثية:**بحيث يعتقد بعض الباحثين والعلماء البيولوجيين أن أبناء المدمنين معرضون أكثر من غيرهم إلى الإدمان على الخمور والمخدرات ،وهذا ارجع إلى انتقال المورثات إلى الأبناء فعلى سبيل المثال فإن المرأة المدمنة الحامل تنقل سموم المخدرات والكحول إلى جنينها أيا كان نوع المخدر[1].

ب .**عوامل نفسية وجسمية:** لعل أهم هذه العوامل هي حب الاستطلاع والتجربة والإثارة شخصية المتعاطي كذلك لها دور في ذلك، المشاكل البيئية، ضعف الوازع الديني، الاتصال بقرناء وأصحاب السوء وغيرها من العوامل التي تؤدي بذلك الإدمان.[2]

3- العوامل المتعلقة بالبيئة الاجتماعية:

تلعب البيئة والمجتمع المحيط دور مهم لدفع الشخص لتناول المخدر والإدمان عليه، من أهم هذه العوامل ما يلي:

أ.**الأسرة والتربية:** إن سوء التنشئة الاجتماعية والدلال الزائد وعدم الرقابة الأسرية على الأبناء تساعد على إهمالهم، وكذلك عدم الاهتمام بمشاكلهم مما يدفع البعض إلى اللجوء للمخدرات لنسيان ما يعانونه من مشاكل وهموم.

ب .**العادات والتقاليد:**تختلف الرؤية الثقافية للإدمان على المخدرات والعقاقير وذلك تبعا للمستوى الثقافي لكل مجتمع عن الأخر، حيث تلعب العادات والتقاليد دورا مهم في تجريم أو إباحة تناول العقاقير من مختلف الأنواع.[3]

ثانياً: الآثار الناجمة عن إدمان المخدرات:

تعتبر إدمان المخدرات من أخطر الظواهر الاجتماعية والنفسية والصحية وحتى الاقتصادية، والتي تواجه معظم دول العالم في وقتنا الحاضر، لما لها من أضرار جسيمة وكثيرة ليس على من يتعاطاها فقط، وإنما على أسرته وعلى المجتمع بأسره[4]، ومن أهم هذه الآثار ما يلي:

---

[1] أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق، ص300.

[2]أنظر: فارح سمير، مرجع سابق ،ص49-50.

[3] أنظر: محمد يسري وإبراهيم دعبس، الإدمان بين المرض والتجريم، دار المعارف للنشر والتوزيع، الإسكندرية ،1994 ص27.

[4]أنظر: بهلول إكرام، جرائم المخدرات في ضوء القانون 04-18 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2013، ص13.

1- الآثار الصحية:

يؤدي إدمان الحشيش إلى الإقتحان المستمر في العيون وتضخمها، واصفرار الجلد وشحوب الوجه وإصابة الأسنان، وكذلك احتمال تزايد الإصابة بالتهاب الرئة ونزلات البرد، وارتفاع في ضغط الدم وضعف عام للجسم، وكذلك الكوكايين يعتبر من أخطر المخدرات على صحة المدمن، فإذا تم تعاطيه حقنا تحت الجلد يحدث بهذه الطريقة بقعا زرقاء تشبه الكدمات، وقد تتحول بمرور الأيام إلى أورام سرطانية، وأضرار صحية أخرى وكثيرة تهلك المدمن على المخدر.[1]

2- الآثار النفسية:

بحيث أن الآثار النفسية يمكن أن تتمثل بالشعور بالاكتئاب النفسي والقلق وضعف الروح، بحيث تتولد له الرغبة في الموت، كذلك الشعور بالوحدة والانطوائية، التشاؤم، عدم الثقة، عدم القدرة على تكوين شخصية واحدة.[2]

3- الآثار الاجتماعية:

يعد الإدمان على المخدرات إحدى أسباب انهيار المجتمعات بأسرها، بحيث يعد الفرد الركيزة الأساسية التي يبنى عليها المجتمع، واختلال الفرد يعني الإخلال بالنظام الاجتماعي(4)، بحيث أن المجتمع ينقذ مجموعة من أبنائه عند الإدمان، بعضهم يتحطم وبعضهم ينهار والبعض الآخر يتم إدانتهم باستهلاك المخدرات، فالمدمن ينحدر أخلاقيا واجتماعيا، وهذا ناتج عن التدهور في القيم، وذلك لعدم القبول الاجتماعي للتعاطي كسلوك غير محترم في بعض الأوساط الاجتماعية.[3]

[1] بهلول إكرام ،المرجع نفسه، ص14.

[2] أنظر: عبد الرحمن محمد العيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، مرجع سابق، ص205.

[3] أنظر: أحمد أبو الروس، مرجع سابق، ص93.

المبحث الثاني علاقة الإدمان على المخدرات بالجريمة وإجراءات الوقاية منها

لقد جلب موضوع الإدمان على المخدرات والإجرام اهتمام الباحثين، وظهر الجدل في اتجاه العلاقة السببية بين الظاهرتين، فمنهم من يعتبر الإدمان هو سبب ارتكاب الجريمة، وهناك من يعتبر الجريمة سببا لتعاطي المخدرات والإدمان عليها.

وبما أن هناك تباين في وجهات النظر ، فإن علم النفس الجنائي أثبت بأن هناك جرائم تحدث قبل التعاطي وهناك جرائم تحدث بعد التعاطي، فالجرائم المرتبطة باستهلاك المخدرات والإدمان عليها أغلبها ينحصر في جرائم المال بسبب القهر الذي يسبق رغبة المدمن في الحصول على المخدر عندما يقع في ضائقة مالية تحول بينه وبين القدرة على شراء المخدرات.

وبالتالي يجب توخي الحذر والوقاية من هذه الظاهرة الخطيرة، بحيث أن كل جريمة أو ظاهرة اجتماعية تهدد خطر المجتمع، يستوجب الوقاية منها قبل التصدي لها، سواء تمثل هذا التصدي علاج أو عقاب، ولذلك المشرع الجزائري وغيره من المشرعين يفرضون دائماً تدابير وقائية قبل التدابير العلاجية والعقابية لظاهرة الإدمان على المخدرات، وأغلب هذه التدابير يمكن اعتبارها تدابير اجتماعية، تتماشى على ثلاث مستويات، سواء وقاية من درجة أولى أو درجة ثانية أو درجة ثالثة.

وهذا ما سنبحث فيه من خلال هذا المبحث، بحيث قسمنا مبحثنا إلى مطلبين، خصصنا في المطلب الأول المخدرات كجريمة استهلاك مع بيان أركانها والجرائم المتصلة بها، وخصصنا في المطلب الثاني أساليب الوقاية من الإدمان على المخدرات.

المطلب الأول المخدرات كجريمة استهلاك والجرائم المتصلة بها

تعتبر جريمة استهلاك المخدرات جريمة مثلها مثل أي جريمة، لها أركانها، ولها عقوبات مقررة قانوناً، كما لها ظروفها المخففة والمشددة، حتى وان أغلب المشرعين والقوانين في جميع دول العالم أصبحوا متيقنين أن الاستهلاك ووصول الشخص إلى مرحلة الإدمان يستوجب العلاج، إلا أنه لم يتم الاستغناء عن العقوبة إلا في بعض الدول مثل لوكسمبورغ ويوغسلافي، وذلك لأن استعمالها غير القانوني يؤدي إلى ارتكاب عدة جرائم سواء تم ارتكاب هذه الجرائم قبل الاستهلاك أو بعده، وهذا ما يؤدي إلى تشعب هذه الجريمة التي لم تقتصر على نفسها فقط، بل تتشعب لارتكاب جرائم أخرى متصلة بها.

قد تكون هذه الجرائم المتصلة بالاستهلاك أو الإدمان جنايات، وقد تكون جنح، إلى درجة أن العلماء والفقهاء خلال عملهم لدراسات توصلوا إلى أن وصول الشخص إلى مرحلة الإدمان الأخيرة تؤدي

به إلى جناية القتل والعديد من الجنايات والجرائم الخطيرة التي تهدد المجتمع البشري منها السرقة والنصب والعنف والاغتصاب ..الخ.

وهذا ما سنبينه خلال مطلبنا هذا، بحيث خصصنا الفرع الأول لتناول أركان جريمة استهلاك المخدرات، ومن ثم خصصنا الفرع الثاني للجرائم الواقعة بسبب الاستهلاك والإدمان على المخدر.

الفرع الأول :أركان جريمة الاستهلاك

لا تقوم أي جريمة مهما كان نوعها إلا بتوفر أركانها، وهذا ما ينطبق بطبيعة الحال على جريمة استهلاك المخدرات والتي تقوم على الركن الشرعي الذي يقوم على النص التشريعي المجرم للسلوك والمحدد للعقوبة المقررة له، ووجود الركن المادي وهو كل سلوك أو مجموع سلوكيات مجرمة قانونا يأتيها الإنسان، بالإضافة إلى الركن المعنوي وهو القصد الجنائي بن وعيه العام والخاص، وهذا ما سنتناوله بشيء من التفصيل خلال هذا الفرع.

أولا/ الركن الشرعي:

إن الركن الشرعي هو الذي يضفي وصف عدم المشروعية او صفة الجريمة على السلوك عملا بقواعد قانون العقوبات والقواعد المكملة له، وهو ما يضفي على هذا الركن أهمية خاصة لضرورة قيام الجريمة، فبدون هذا الركن لا يمكن أن تقوم الجريمة، باعتباره ركن أساسي في وجودها القانوني.[1]

1- خضوع الفعل لنص تجريم:

إن الركن الشرعي لكل الجرائم يكون على أساس مبدأ الشرعية المنصوص عليه في المادة الأولى من قانون العقوبات[2]، والتي تنص على أنه: " لا جريمة ولا عقوبة أو تدبير أمن إلا بنص"، فهو

2-النصوص العقابية في التشريع الجزائري:

لقد جاء المشرع الجزائري بعدة قوانين يجرم فيها استهلاك المخدرات، ولعل الركن الشرعي لهذه الجريمة ينصب أساسا على ضرورة وجود نص قانوني يقضي بتجريم ارتكاب فعل الاستهلاك كما ذكرنا

[1] أنظر:عبدالله أوهابية، شرح قانون الإجراءات الجزائية الجزائري، التحري والتحقيق، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع ،الجزائر ،2008، ص85.

[2] القانون 02/16 المؤرخ في 14 رمضان 1437 الموافق ل 19 يونيو سنة 2016، الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ع.37، يتمم الأمر 66-156 المؤرخ في 18 صفر عام 1386 الموافق ل 08 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات الجزائري.

آنفا، ومن ثم تقرير عقوبة أو تدبير أمن له ،وهذا ما جاءت به المادة 12 من القانون 04-18 الجزائري السالف الذكر

ثانياً/ الركن المادي:

إن الركن المادي للجريمة هو مظهرها الخارجي، فلا بد في كل جريمة من كيان مادي يعبر عن حقيقتها، فالركن المادي لجريمة استهلاك المخدرات يقصد به الفعل أو الامتناع الذي بواسطته تكشف الجريمة ويكتمل جسمها، ولا توجد جريمة بدون ركن مادي، إذا أنه بغير ماديتها لا تصاب حقوق الأفراد أو الجماعة بدون اعتداء.[1]

1-حيازة المخدرات من أجل التعاطي أو استهلاكها :

يقصد بحيازة المخدر وضع اليد على سبيل الملك والاختصاص، ولا يشترط فيها الاستيلاء المادي بل يعتبر الشخص حائزا ولو كان المحرز للمخدر شخصا آخر نائبا عنه.[2]

وهناك صورة للتعامل مع المخدر اسمها الإحراز، قد تتداخل مع مصطلح الحيازة، ولكن الإحراز معناه الاستيلاء المادي على المخدر لأي غرض كان، كحفظه على ذمة صاحبه أو نقله للجهة التي يريدها أو تسليمه لمن أراد إخفاءه عن أعين الناس أو استهلاكه.

2-تسليم أو عرض المخدرات:

نجد المادة 13 في فقرتها الأولى من القانون 04-18 تتضمن العرض والتسليم؛ فالمقصود بالعرض هو بيان المادة المخدرة للشخص على أنها مادة مخدرة ويحثه على شرائها، ويتم العرض سواء بالمنزل أو في مؤسسات إدارية، أما التسليم فمعناه أن يسلم شخص لآخر مادة مخدرة لاستهلاكها سواء بمقابل أو بغيره، وليس شرطا أن يتم التعاطي، فيكفي تسليم المادة المخدرة لتتم جريمة التسليم، ولا تسري العقوبة المنصوص عليها في المادة 13 فقرة 2 من القانون 04-18 إذا كان العرض أو التسليم مشروعا أي بناء على رخصة قانونية.

[1] أنظر: نصر الدين مروك، جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع الجزائر ،2004، ص42.
[2] أنظر: نبيل صقر، مرجع سابق، ص28.

3-التقديم للتعاطي وتسهيل ذلك:

يقصد بالتقديم للتعاطي أن يدفع الجاني بالجوهر المحدد إلى الغير كي يتعاطاه، أما التسهيل فهو تمكين الغير بدون حق من تعاطي المخدر، ويتحقق الركن المادي لهذه المادة وفقا لما نصت عليه المادة 15 من القانون 04-18[3]، بتسهيل الاستعمال غير المشروع للمخدر، ويكون ذلك التسهيل بتوفير المخدر أو بتوفير المحل لهذا الغرض أو إعداد المكان وتزويده بما قد يحتاجه المتعاطون على الأخص والأدوات اللازمة للتعاطي أو لإضفاء الجو الملائم عليه حتى تبلغ المتعة الموهومة عن طريق إعداد مكان وتنظيمه على نحو دائم لتعاطي المخدرات، وكذلك من أجل تسهيل الاستهلاك للمادة المخدرة يستعمل الجاني وسيلة الغش أو الإكراه، وذلك بإخفاء حقيقة المادة المخدرة التي يقدمها للمجني عليه في الطعام أو الشراب دون علمه.[1]

ثالثاً: الركن المعنوي:

يعتبر الركن المعنوي الركن الثالث للجريمة، فلا تعد الجريمة قائمة دونه حتى ولو اكتملت عناصر ركنها المادي، بحيث أن أساس التجريم في التشريع ليس هو الفعل المعين في النموذج القانوني فقط وإنما هو أيضا اتصال هذا الفعل بالإرادة، فالركن المعنوي بشكل عام نعني به القصد الجنائي وهو نوعان قصد عام وقصد خاص، فالقصد العام له عنصران هما العلم والإرادة، أما القصد الخاص نقصد به الباعث لإحداث النتيجة الإجرامية.

وبعض الجرائم تشترط القصد الخاص، ولكن جرائم المخدرات شأنها شأن جميع الجرائم العمدية فالقاعدة العامة تقول أنه يكفي لقيام جريمة المخدرات توفر القصد العام إلا إذا نص القانون على خلاف ذلك.[1]

1-القصد العام:

ويقصد به علم الجاني بأن المادة المخدرة هي من المحظورات قانونا، ومع ذلك تنصرف إرادته إلى ارتكاب النشاط الإجرامي، وهذا ما ينطبق على جريمة استهلاك المخدرات، بحيث أن الجاني يعلم بأن

[1] أنظر: بعبوش وسام، جريمة استهلاك المخدرات بين العقوبة والتدبير في ظل التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة -1-، 2014، ص27.

المادة المخدرة محظورة قانونا، ورغم ذلك تنصرف إرادته إلى عملية الاستهلاك وهو الفعل المنصوص والمعاقب عليه بنص المادة 12 من القانون 04-18 آنف الذكر.[2]

ويثبت القصد الجنائي إذا كان الاستهلاك بدون علم مثل إذا كان شخص ما يقتني مشروبات أو مواد تحتوي على المخدر بدون علم المستهلك بذلك، فيتوفر العنصر المعنوي إذا انصرفت إرادة الفرد للتعاطي ويكون في وعيه.[1]

ونجد المادتين 47 و48 من قانون العقوبات الجزائري اللتان تتحدثان عن الاستهلاك الذي يكون تحت إكراه أو إرادة يشوبها أحد هذه العيوب(الجنون[1]، صغر السن[2]، الإكراه[3]).

فتنص المادة 47 ق.ع من هذا القانون على: " لا عقوبة على من كان في حالة جنون وقت ارتكاب الجريمة وذلك دون الإخلال بأحكام الفقرة 2 من المادة 21".

أما المادة 48 من نفس القانون تنص على: " لا عقوبة على من اضطرته إلى ارتكاب الجريمة قوة قبل له بدفعها."

وبذلك يفهم من هذه المواد بأنه لكي يتحقق عنصر الإرادة يستلزم عدم وجود ما يشوبها من عيوب.

2- القصد الخاص:

إن القصد الخاص لا يوجد بصفة مستقلة ولا تقوم به الجريمة، فهو لا يقوم بدون القصد العام بحيث أن كل الجرائم يتطلب فيها القانون قصدا عاما في الأصل، وأحيانا يتطلب بالإضافة إلى القصد العام قصدا خاصا، لذلك فإن البحث في توافر القصد الخاص يفترض أولاً القصد العام، إلا أن المشرع اشترط لقيام القصد الخاص في بعض الحالات قصد التداول، قصد التعاطي، قصد التقديم للتعاطي أو تسهيله للغير أو الاستعمال الشخصي.[2]

الفرع الثاني:الجرائم الواقعة نتيجة الاستهلاك والإدمان

تتباين العلاقة بين المخدرات والجريمة، فالمخدرات تؤدي إلى ارتكاب العديد من الجرائم تحت تأثير المخدر أو الحاجة إلى المخدر عند الوصول لمرحلة الإدمان، بحيث أن المدمن يكون على استعداد

[1] الإكراه: سبب من أسباب امتناع المسؤولية الجنائية نصت عليه المادة 48 من قانون العقوبات الجزائري وذلك لأنه يلغي حرية الاختيار لدى الشخص، فيقوم بارتكاب فعل مجرم سواء بسبب قوة قاهرة أو بسبب إكراه معنوي.

[2] أنظر: بواروي شرف الدين ،المرجع سابق، ص22-23.

لارتكاب أي جريمة للحصول على ثمن المخدر، وسنبين في هذا الفرع أنماط مجموعة من الجرائم التقليدية التي ترتبط بالمخدرات.

أولاً/ جرائم السرقة:

إن تناول المخدرات بشكل دائم يجعل صاحبه مدمنا عليه، وبالتالي يستوجب توفر المادة المخدرة المدمن عليها عنده دائما وخاصة عندما يطلبها جسمه، وبما أن المخدرات مكلفة وباهظة الثمن يصعب على البعض شراؤها؛ فإن هذا الشيء يدفع بالمدمن على ارتكاب جريمة السرقة من أجل شراء هذه المادة. [1]

والسرقة تعتبر من أكثر الجرائم التي يرتكبونها مدمني المخدرات، وخصوصا عندما يصابون بنوبات الهياج عند التأخر في الحصول على جرعة المخدر في الوقت المحدد، فمن هنا يتضح العلاقة الوطيدة بين المخدرات وجريمة السرقة من أجل توفير ثمن المادة المخدرة، فتكون لديهم جرأة وسهولة في ارتكاب هذه الجريمة. [2]

ثانياً/ جرائم العنف:

يصاب مدمني المخدرات بالهياج عند عدم توفر المادة المخدرة، فيسعون للحصول على ثمن هذه المادة بأي طريقة، ويظهر ذلك في شكل سلوكيات وردود أفعال عدوانية تتسم بالعنف المفرط الذي قد يؤدي إلى وقوع الأذى بنفسه أو بالآخرين من حوله، فالحاجة إلى الحصول على المخدر تدفعهم لارتكاب جرائم العنف، وجرائم العنف يقصد بها " هي الجرائم التي يصاحبها استعمال غير قانوني لوسائل القسر

المادي أو البدني في الإضرار بشخص أو بشيء ابتغاء غايات شخصية أو اجتماعية أو سياسية مثل جرائم القتل والاغتصاب والخطف وهتك العرض والسرقة بالإكراه." [3]

ثالثاً/ جرائم المرور:

إن السبب الأكبر في ارتكاب الجرائم المرورية أن يكون السائق في حالة تعاطي مخدرات أو كحول ولذلك نظرا لخطورة هذه الجريمة لقد وضع المشرع لها قانون مرور خاص بها، فالمادة 18 من قانون

---

[1] أنظر: اسحاق ابراهيم منصور، الموجز في علم الإجرام وعلم العقاب، ديوان المطبوعات الجامعية الساحة المركزية الطبعة الثالثة، بن عكنون، الجزائر ،2006، ص61.

[2] أنظر: إعمارن سهام، قرايشي سامية، مرجع سابق، ص23.

[3] أنظر: محمد فتحي عيد، الإجرام المعاصر، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض ،1999، ص46

14-01المتعلق بتنظيم حركة المرور تنص على أنه: " يجب أن يمتنع كل سائق عن السياقة عندما يتعاطى مسكرا أو يكون تحت تأثير مادة أخرى من شأنها أن تؤثر في ردود أفعاله وقدراته في السياقة. [1]

فتناول المخدرات والإدمان عليها يعتبر سبب كبير في ارتفاع نسبة الحوادث المرورية وازدياد حالات الوفيات، فمثلا نجد شخص يقود السيارة ويكون في حالة سكر فيتسبب في قتل أرواح عديدة من البشر أو إصابتهم بجروح عميقة وربما يعرضهم إلى عاهة مستديمة.[2]

وتعد السياقة في حالة سكر أو تحت تأثير الكحول أو المخدر جريمة قائمة بحد ذاتها، وذلك لضعف السياقة وازدياد حوادث المرور في الطرقات، ولذلك شدد المشرع الجزائري العقوبة لمن يرتكب حادث مرور وهو متناول مخدر أو نوع من أنواع الكحول، ويفهم من المادتين 288 و 289 من قانون العقوبات أنه إذا توفرت حالة السكر أو المواد المخدرة حالة القتل أو الجرح غير العمديين مع توفر ظروف القيادة في حالة سكر أو تحت تأثير مادة مخدرة، وهدف المشرع من ذلك هو أن يتوخى السائق كل الحيطة والحذر وذلك بأن لا يتناول مواد مخدرة تفقده وعيه ووزنه، فتناول مثل هذه المواد إحدى أسباب كثرة حوادث المرور التي قد تؤدي إلى الوفاة. [3]

رابعا/ جرائم النصب والابتزاز:

كثيرا ما يلجأ مدمنو المخدرات إلى ارتكاب جرائم النصب والاحتيال والابتزاز لتوفير الأموال والنفقات اللازمة لشراء المخدر، وقد يقدمون بالتجوال وبيع والأغراض ويرتكبون الغش والتغرير بالمشترين بعرض صفات غير حقيقية فيما يبيعونه أو يخفون عيوبه، وكذلك يقومون بالابتزاز؛ والابتزاز يعتبر من الجرائم الحديثة التي نشأت نتيجة تطور تقنية الاتصالات والمعلومات من خلال لجوء بعض مدمني المخدرات إلى تصوير السيدات أو حتى الرجال في أوضاع مخلة بالآداب، أو التقاط صور وتعديلها بحيث تظهر في أوضاع مخلة بالآداب وتهديد أصحابها للحصول منهم على مبالغ مادية لشراء المادة

[1] أنظر: ابن شيخ لحسين، مذكرات في القانون الجزائي الخاص)جرائم ضد الأشخاص وضد الأموال وأعمال تطبيقية(دار هومة ،الطبعة السابعة، الجزائر ،2011، ص109.

[2] أنظر: إعمارن سهام، قرايشي سامية ،المرجع سابق، ص25.

[3] أنظر: حسين فريحة، شرح قانون العقوبات الجزائري، جرائم الاعتداء على الأشخاص وجرائم الاعتداء على الأموال ديوان المطبوعات الجامعية ،بدون سمة الطبع، الجزائر ،2006، ص11.

المخدرة، وقد يكون الابتزاز جنسي أي بمعنى تهديد المرأة بالصور واستغلالها جنسيا من قبل المبتز في ممارسة الدعارة مقابل الحصول على أموال لشراء المخدر[1]

خامس اً/ الاغتصاب والاعتداء على المحارم:

يعتبر العقل محرك الإنسان بحيث أنه يميز بين الصحيح وبين الخطأ، وبين ما هو حلال وما هو حرام، إذ بفضل هذه الميزة فضلنا الله عز وجل بها عن سائر المخلوقات الأخرى، لكن عندما يفقد الشخص هذه الميزة يصبح غير مدرك للأشياء ولا يفرق بين ما هو أخلاقي وما هو غير أخلاقي فالإدمان على المخدرات هي إحدى العوامل التي تفقد الإنسان عقله فيقدم على أفعال مخلة بالحياء كالاغتصاب والاعتداء على محارمه وذلك بسبب فقدان الوعي نتيجة تناوله للمخدرات، وكذلك يعاني مدمن المخدرات من اللامبالاة، وهو تحت تأثير المخدر يرتكب أفعال لا يدركها لدرجة أنه يعتدي جنسيا على بناته أو محارمه أو يسمح للغير ممارسة الجنس معهم.[2]

المطلب الثاني: أساليب الوقاية من الإدمان على المخدرات

قد لا نجد أصدق من المثل القائل درهم وقاية خير من قنطار علاج تعبيرا عن حالة الإدمان على المخدرات، وكما هو معلوم؛ فالوقاية تغني عن العلاج في معظم الأحيان، ونعني بالوقاية كافة الاحتياطات التي تتخذ تحسبا لوقوع مشكلة، أو لظهور مضاعفات معينة لمشكلة قائمة فعلا.

وللوقاية من إدمان المخدرات مستويات ثلاثة وهي الوقاية من الدرجة الأولى والتي تهدف إلى منع الإدمان على المخدرات، والوقاية من الدرجة الثانية والتي تهدف إلى تشخيص مشكلة الإدمان على المخدرات والقضاء عليها بالدرجة الممكنة بعد أن تكون قد بدأت بالظهور، والوقاية من الدرجة الثالثة والتي تهدف إلى إيقاف خطورة مشكلة الإدمان على المخدرات رغم استمرار الظروف التي أحاطت بظهورها.

ولا شك بأن الوقاية من المخدرات والإدمان عليها هو أمر بالغ التعقيد؛ نظرا لتشابك المتغيرات التي تحيط بها سواء النفسية أو الجسمية وغيرها من المتغيرات ،فتدخل التدابير الوقائية الاجتماعية للحذر من الوقوع في هذه الظاهرة هو أمر مهم جداً للحد من هذه الظاهرة وبداية القضاء عليها.

---

[1] أنظر: محمد عليوي ناصر، خيانة الأمانة وأثرها في العقود المالية في الشريعة الإسلامية، الدار العلمية للنشر والتوزيع، عمان ،2001، ص140.

[2] أنظر: إعمارن سهام، قرايشي سامية ،المرجع سابق، ص24.

وهذا ما سنبينه خلال هذا المطلب، بحيث قسمنا مطلبنا هذا إلى فرعين، خصصنا الفرع الأول لبيان مستويات الوقاية من الإدمان على المخدرات، وخصصنا الفرع الثاني لبيان أهم التدابير الوقائية الاجتماعية.

الفرع الأول: مستويات الوقاية من الإدمان على المخدرات

إن الوقاية من الإدمان على المخدرات تعتبر مسؤولية اجتماعية شاملة، تتضمن مكافحة إنتاج مواد التعاطي تقليل العرض ومقاومة الطلب، ويعرف الدكتور مصطفى سويف الوقاية بأنها: " أي عمل مخطط نقوم به توقعاً لظهور مشكلة معينة (صحية كانت أم اجتماعية) أو تحسباً لمضاعفات مشكلة قائمة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو كليهما.

وتبنت منظمات الأمم المتحدة المعنية بمشكلة المخدرات هذه الوقاية ،ففي الجلسة الثانية والثلاثين للجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة المنعقدة في فيينا بالفترة الممتدة من 3-11 فبراير 1987 ارتأى معظم الأعضاء والمراقبين ضرورة أن يتوفر في أي برنامج يهدف إلى التحكم في المواد النفسية التوازن بين إجراءات خفض العرض وإجراءات خفض الطلب غير المشروع على المواد المخدرة. [1]وللوقاية من هذه المخدرات والإدمان عليها ثلاث مستويات هم:

أولاً : الوقاية من الدرجة الأولى:

يهدف هذا النوع من الوقاية إلى منع تعاطي المخدرات في المجتمع أصلاً، وذلك بمحاربة الأسباب تعزز ظاهرة الإدمان، بالإضافة إلى التوعية التي توجه للجماعات الهشة المستهدفة، وهذه التوعية يجب أن توجه للفئة المناسبة وفي الوقت المناسب، بحيث أنه ما يناسب الشباب أو كبار السن قد لا يناسب الشابات أو صغار السن، ويجب الحذر من توجيه التوعية في وسائل الإعلام العامة مثل التلفزيون والإذاعة، نظرا لخطورة ذلك الأمر من ناحية أنه يدفع بالشخص إلى حب الاستطلاع والتجربة للمادة المخدرة.[2]

[1] أنظر: مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع، عالم المعرفة، الكويت ،1996، ص187.

[2] حلمي القمص يعقوب، الإدمان: الوقاية والعلاج، الجزء الثاني،موجود على الموقع الالكتروني:
ص25، تاريخ الاطلاع،https://st-takla.org/books/helmy-elkommos/addiction/home.html
28-07-2020- الساعة 32:22.

وبالرغم من كل ما بذل ويبذل حتى الآن سواء في مجال الوقاية أو العلاج أو حتى استخدام البدائل العقابية، فإن هذه الظاهرة لم تختفي، ولم تتوقف الجرائم المتصلة بها، ولم تتلاشى الأمراض المتعلقة بها سواء النفسية أو العقلية، وهذا نظرا للتعقد والتشابك الشديد في هذا النوع من السلوك وبخاصة من الناحية السببية. [1]

إن الإستراتيجية الوقائية من الدرجة الأولى تركز على المحاولات المتعددة لتصحيح مشكلات شخصية، وتغيير ممارسات في أساليب التنشئة الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون، وهذا الطريق هو الذي يؤدي حتما إلى وقاية فئات الشباب من عدم الإقبال على المخدر والإدمان عليه .

فالوقاية الأولية يجب أن يكون هدفها الأساسي هو مساعدة الشباب قبل ولوجهم عالم المخدرات والمواد النفسية، أو عن طريق ترقية وتطوير مواقف سليمة وصحية وذكية تسمح لهم بالامتناع عن التعاطي والإدمان على هذه المادة المخدرة، وكذلك العمل على توعية الشباب وتحسيسهم بمخاطر المخدرات، وبذل الدولة لجهود كثيفة لمكافحة عرض المخدرات.[2]

ثاني اً/ الوقاية من الدرجة الثانية:

وهذه الوقاية تعتبر خط الدفاع الثاني، فالهدف منها الاستكشاف المبكر لحالات التعاطي، فمن لا يستفيد من الوقاية الأولى يستفيد من الثانية، ولا سيما أن نسبة الذين يتراجعون بعد السقوط في المرحلة الأولى يبلغون أربعة أضعاف الذين يستمرون في التعاطي والإدمان، فالنسبة تبلغ 4 إلى 1، أي كل خمسة أشخاص يسقطون في المرحلة الأولى التجريبية من التعاطي يتراجع منهم أربعة أشخاص، ويستمر شخص واحد يستكمل مشوار الموت، وهذه النسبة مشجعة جداً للقيام بدور الوقاية من الدرجة الثانية.[3]

فهذا المستوى من الوقاية تتدخل مبكرا لوقف التمادي في التعاطي، حتى لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان، وكل ما يترتب عليه من مضاعفات، وهي تستند إلى نقطتين مهمتين:

- ✓ قد يبدو المطلب الأول في الوقاية الأولية أحياناً بعيد المنال، فيجب العمل بالحكمة القائلة: "ما يدرك جله لا يترك كله."

[1] أنظر: محمد ربيع وآخرون، علم النفس الجنائي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض، 1994، ص524.

[2] أنظر: بولخروف ريان، جودة الحياة عند المدمنين على المخدرات، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة -2-، 2016، ص38.

[3] أنظر: حلمي القمص يعقوب ،المرجع سابق، ص29.

- ✓ قد نجد نسبة كبيرة من الشباب الذين يقدمون على التعاطي لا يلبثون أن يتراجعوا عنه تماما نتيجة أمور تحدث في سياق الحياة اليومية دون تخطيط مسبق.[1]

فإجراءات الوقاية من الدرجة الثانية تكون إما على مستوى فردي خاصة في العيادات الموجهة للكشف الطبي عن الشباب، وإما سياسة عامة في الدولة ومؤسساتها تقتضي الكشف عن حالات التعاطي بين الشباب المتقدمين للالتحاق بمجالات معينة كالخدمة العسكرية والنوادي الرياضية.[2]

وقد أشارت الكثير من الدراسات الميدانية إلى أن نسبة كبيرة من الشباب حديثي العد بتعاطي المخدرات يكونون على استعداد التوقف والرجوع عنه بسهولة وهم في مرحلة التجريب والاستكشاف خلال هذا المستوى من الوقاية، بحيث أنه يتضح من خلال هذه الدراسات أن نسبة من يتوقفون أو يتراجعون عن التعاطي وهم لا يزالون في هذه المرحلة تقترب من 75%، وأن هذه النسبة ثابتة فيما يتعلق بمعظم المخدرات والمواد النفسية، وهذا ما يجعلنا نرجح أن التدخل العلاجي في هذه المرحلة من شأنه أن يكون مجديا في إنقاذ نسبة لا يستهان بها من الشباب. [3]

ثالث أ/ الوقاية من الدرجة الثالثة:

يهدف هذا المستوى إلى وقاية المدمن من التدهور الطبي أو الطبي النفسي السلوكي للحالة التي غالباً ما يترتب على استمراره فيها إدمانه على المخدر، ويتوسع البعض أحياناً في التعامل مع هذا المفهوم على أساس ابتكار بعض الأساليب المرنة التي تسمح للمدمنين أن يعيشوا حياة أقرب إلى السواء، لكن تحت المراقبة الأمنية والطبية مع تلقي بعض الخدمات الطبية والمعيشة التي تغنيهم على الاستمرار دون تعاطي.[4]

والقصد من هذه الوقاية هو تحجيم المشكلة حتى لا تتفاقم أكثر، فهي تسعى إلى تأهيل المرضى الذين تم علاجهم حتى يتم حمايتهم من خطر هذه الظاهرة، وأيضاً انقطاع المدمن عن الإدمان ولو لفترات متقطعة يعتبر هدف لا بأس به خلال هذه المرحلة.[5]

---

[1] أنظر: بن نابت مريم، فعالية البرامج المعتمدة في مراكز إعادة التأهيل للمدمنين، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة -2-، 2016، ص39.

[2] أنظر: مصطفى سويف ،المرجع سابق، ص111.

[3] أنظر: محمد ربيع وآخرون، مرجع سابق، ص526.

[4] أنظر: مصطفى سويف ،المرجع سابق، ص111.

[5] أنظر: حلمي القمص يعقوب ،المرجع سابق، ص29.

وهذا المستوى من الوقاية له بعد وقائي مؤثر، يمس الأشخاص المدمنين بشدة الذين اعتنقوا المادة المخدرة وأظهروا تبعيتهم، فتصبح التدخلات على هذا المستوى أكثر عمقا وإستراتيجية، لأنها تسعى إلى الوصول لهدفين أساسيين عبر كل الأنشطة المتبناة، بحيث أن يكمل أحدهما الآخر:

- ✓ الوقاية من سلوك الاستهلاك (كل العمليات التربوية الموجهة لفائدة الشباب المدمنين).
- ✓ الوقاية من كل انتقال أو مرور من سلوك الاستهلاك إلى سلوك التعاطي والإدمان.[1]

وخلاصة ما يمكن قوله أن الهدف من هذه المستويات هو توقى الانتكاس والحيلولة دون إزمان الإدمان على المخدر، وكذلك تقليل دواعي البقاء بالمؤسسات أو المراكز العلاجية كلما أمكن ذلك.

الفرع الثاني التدابير الوقائية الاجتماعية

إن مشكلة إدمان المخدرات كما ذكرنا سابقاً لها أبعادها الاجتماعية والاقتصادية والتربوية والدينية وغيرها، وبالتالي فهي تدخل في نطاق اهتمام معظم أجهزة الدولة ومؤسساتها المختلفة، وقضية الإدمان والمدمنون هي قضية امن المجتمع بالدرجة الأولى، ولذلك فإننا مطالبون بأسلوب جديد وشامل في مواجهة هذه الظاهرة، ولذلك تأتي أهمية المؤسسات الاجتماعية والمجتمع المدني في الوقاية من هذه الظاهرة.

أولاً: د ور المؤسسات الاجتماعية:

تعد ظاهرة الإدمان على تعاطي المخدرات في عالمنا اليوم من المعضلات الهامة والأساسية والتي تعترض طرق التنمية والتطور في العديد من المجتمعات الإنسانية، وهذا ما أدى بنا إلى الحديث عن دور المؤسسات المجتمعية في الوقاية من هذه الظاهرة الخطرة.

1-الأسرة:

تعتبر الأسرة هي الخلية الأولى للمجتمع وهي البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل ويرتبط بها ويشب في أحضانها، وعلى الأسرة يقع دور توعية الأبناء ورقابتهم وتهيئة الجو المستقر لهم حتى تجنبهم مخاطر الإدمان وذلك من خلال تقديم القدوة الحسنة لهم، فمثلا الأب الذي يدخن لا يمثل قدوة حسنة لأبنائه فمهما قدم لهم من توعية ونصائح حتى يحذروا التدخين، فإن نصائحه تضيع في مهب الريح، وكذلك يجب الحفاظ على جو الهدوء والسلام والسعادة داخل الأسرة، فالأسرة المستقرة المتحابة هي حصن حصين ضد

[1] (أنظر: أعزيز غنية، مرجع سابق، ص79.

الإدمان على المخدرات، وكذلك عليها أن تكون على درجة من الوعي بحجم مشكلة الإدمان وانتشارها في المجتمع وغرس الأبناء في المساجد منذ صغرهم وزرع القيم الدينية فيهم.[1]

2-المسجد:

إن مكانة المسجد في المجتمع الإسلامي أوضح من أن يشار إليها بحديث مثل ما نعرض له، وما عرضنا لهذه المكانة إلا من باب معرفة ولو جزء بسيط من أثره في حماية المجتمع من الآفات والرذائل خاصة فيما يتعلق بتعاطي المخدرات والإدمان عليها.

فالمسجد هو المنطلق لتكوين الفرد والمجتمع بأبعاده الإنسانية والاجتماعية والفكرية لما يقوم بها المسجد من دور هام في الإرشاد والتوجيه، ويمكن محاربة ظاهرة المخدرات من خلال الدور التربوي للمسجد، حيث يعتبر المسجد أحد المؤسسات التربوية ذات الدور المباشر في التأثير على حياة الفرد المسلم وسلوكياته، ولهذا يجب أن تتم محاربة ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من خلال الخطب والمحاضرات التي تلقى في المسجد والندوات التي تعقد به لمناقشة آثارها المختلفة على الفرد والمجتمع عامة، وكذلك يبرز دور المسجد من خلال التعليم التربوي الذي عن طريقه يمكن غرس القيم الإسلامية الصحيحة في نفوس الأفراد وكذلك من خلال الندوات المتخصصة التي يلقيها أطباء مسلمون وغيرهم ممن لهم اتصال بدراسة ظاهرة إدمان المخدرات.[2]

3-مؤسسات التعليم العالي:

تعد المؤسسات التربوية مسؤولة عن تربية الأفراد وتنمية قدراتهم واتجاهاتهم على النحو المرغوب اجتماعيا، ولذا يمكن القول بأن هذه المؤسسات مسؤولة على نحو مباشر أو غير مباشر عن انتشار ظاهرة المخدرات والعقاقير الخطرة والإدمان عليهما. وعليه، فإن برامج الوقاية من خطر هذه الآفة ومكافحتها يتطلب تكثيف الجهود بين جميع أطراف العملية التربوية.

[1] أنظر: حلمي القمص يعقوب، المرجع السابق، ص35.

[2] أنظر: وفقي حامد أبو علي، ظاهرة تعاطي المخدرات الأسباب- الآثار- العلاج، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية الكويت،2003، ص145-146.

فمؤسسات التعليم العالي كالجامعات وكليات المجتمع نطاقها خطير بخصوص هذه الظاهرة، إذ أن طلبة هذه المؤسسات جميعها من فئة الشباب، حيث يتطلب التعامل معهم قدرا أكبر من الحكمة والمهارة التربوية، والمعلومات العلمية والطبية والاجتماعية. [1]

4- المؤسسات الصحية:

لا شك أن مسؤولية الأطباء في الوقاية من خطر المخدرات والعقاقير الخطرة مسؤولية كبيرة، فعليهم الحذر الشديد عند وصف المخدرات للمرضى، وكذلك هناك عدد من الأمور التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار لتعزيز دور المؤسسات الصحية في الوقاية من المخدرات، أبرزها ما يلي:

- النظر إلى المدمن كمريض يجب مساعدته على الشفاء.
- جعل العلاج مجانياً في المؤسسات الصحية الحكومية، وأن يصاحب العلاج الطبي علاج نفسي واجتماعي يساعد في إعادة تأهيل المدمن.
- عدم إلزام المدمن الراغب في العلاج بالإفصاح عن هويته وذلك تشجيعا لهذه الفئة من الناس على الحضور إلى هذه المراكز إذا علموا أنه لن يرافق عملية العلاج تشهير المريض أو المدمن.
- كشف المدمنين عن طريق الاستبيانات، والدراسات الاجتماعية، وعن طريق الحالات التي تكشفها الشرطة في حوادث المرور، وتشجيعهم على العلاج.
- إنشاء جمعيات ولجان خاصة وتطوعية لعلاج المدمنين.[2]

5-وسائل الإعلام:

إن عصرنا هذا هو عصر الثورة المعلوماتية، فقد أصبحنا في أقل من دقائق معدودة نتلقى كماً هائلاً من المعلومات من مختلف أرجاء المعمورة، ووسائل الإعلام لها دورا كبيرا في الوقاية من المخدرات والإدمان عليها، فهي تصل إلى جميع الناس على اختلاف أعمارهم وثقافتهم، ومن هنا كان لا بد من أن تأخذ وسائل الإعلام على عاتقها توفير المعلومات الكاملة عن الآثار المترتبة على تعاطي المخدرات والعقاقير الخطرة، كما تعمل على إرشاد وتوعية من يتعاطونه، ومن ثم مساعدتهم في التحرر منه.[3]

---

[1] أنظر: عبد الرحمن شعبان عطيات، المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، دار الحامد للنشر، الطبعة الأولى ،عمان ،2014، ص221.

2- أنظر: عبد الرحمن شعبان عطيات ،المرجع سابق، ص222.

3- أنظر: ضاوي آمنة وضربان كوثر، مرجع سابق، ص78.

إن مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان على هذا الأخير عبر وسائل الإعلام تحتاج منا إلى خطة مدروسة تتوخى نشر المعلومات والحقائق المتعلقة بظاهرة تعاطي المخدرات بموضوعية كاملة، دون تهويل أو تهوين مما يتطلب ذلك توظيف كافة الطاقات والكفاءات المتميزة بالإبداع بالتصدي لهذه الظاهرة من خلال البرامج المختلفة ونشر الوعي العلمي بين فئات المجتمع المهنية والعمرية، وعلى ذلك يجب مراجعة هذه الوسائل بدقة فائقة والتأكد من أنها تؤدي دورها في المجتمع، وكذلك محاولة استخدامها بدرجة عالية لمكافحة المخدرات تضامناً مع المؤسسات الأخرى في المجتمع وهي الأسرة والجامعة والمسجد.[1]

ثانياً/ دور المجتمع المدني:

تعتبر المخدرات تحدياً هاما خطيرا لما لها من تأثير مباشر على الإنسان وتحويله من عماد للتنمية إلى أداة للهدم والتخريب، وبغض النظر عن الآثار الخطيرة للمخدرات والتي تتجلى على المستوى الصحي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي، فإن هذه الظاهرة ذات أبعاد وصلات وثيقة بالفساد وسائر أشكال الجريمة المنظمة، مما جعل مواجهتها والوقاية منها عملية صعبة ومعقدة تتطلب تجنيد أكبر عدد ممكن من القطاعات ذات الصلة المباشرة أو غير المباشرة بمكافحة المخدرات.

وبناء عليه، فإن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها يعتبر الجهاز المكلف أساساً بمتابعة تنفيذ السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات، نشأ بموجب المرسوم 97-201 المؤرخ في 09 جوان 1997[2]، وقام هذا الأخير بصياغة خطط عمل خاصة بالقطاعات المعنية للوقاية من المخدرات ومكافحتها وذلك عبر إشراك جميع القطاعات سواء كانت مؤسسات حكومية أو مؤسسات المجتمع المدني بهذا المجال، بالإضافة إلى تدعيم آليات التنسيق فيما بينها، وهذا بالاعتماد على النتائج المتأتية عن التحقيق الوبائي الوطني الشامل حول تفشي وانتشار المخدرات في الجزائر سنة 2010 وتقسيم المخطط التوجيهي الوطني الأول، والتي شكلت نتائجهما قاعدة أساسية للسياسة الوطنية الجديدة لمكافحة المخدرات وادمانها، وذلك وفقا للإعلان السياسي وخطة العمل الخاصة بالأمم المتحدة لسنة 2009، التي دعت لاعتماد استراتيجية

1- أنظر: وفقي حامد أبو علي، مرجع سابق، ص148.

[2] المرسوم الرئاسي 97-201 المؤرخ في 09 جوان 1997 المعدل والمتمم للمرسوم رقم 03-133 المؤرخ في مارس2003، المتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها الجزائري، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 21.

متكاملة ومتوازنة للوقاية من المخدرات والمرتكزة على محورين أساسيين هما تقليص عرض المخدرات والطلب عليها.[1]

1- الحد من عرض المخدرات:

إن التدابير الوقائية التي تهدف إلى الحد من عرض المخدرات متكاملة، بحيث شملت الإنتاج والتداول على نحو غير مشروع، بدءاً من زراعة النباتات التي تنتج منها المخدرات، مرورا بتصنيعها وصولاً إلى الاتجار غير المشروع بها وتوزيعها على المتعاطين والمدمنين، كما اعتمد تدابير خاصة أيضاً بالسلائف، وأخرى كفلت ضمان حاجات العلاج الطبي والبحوث العلمية والتعليم.[2]

ويكون التقليص أو الحد من عرض المخدرات عن طريق التنسيق والتكامل المنهجي بين المصالح المعنية عبر إشراك المجتمع المدني والقطاع الخاص في الوقاية من المخدرات، وكذلك تعزيز التعاون والتنسيق بين جميع القطاعات والجهات الفاعلة المعنية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بمكافحة المخدرات ويتجلى ذلك من خلال لقاءات التنسيق المنعقدة، ويكون كذلك الحد من عرض هذا الأخير عن طريق دعم التعاون الإقليمي والدولي عبر تدعيم وتوطيد الشراكة على المستوى الإقليمي، وعلى مستوى بلدان البحر المتوسط، وأيضاً على المستوى الدولي، وكذلك عن طريق نقل الخبرات وإنشاء قاعدة للمعطيات وتبني التوصيات الدولية وتنفيذها.[3]

2-الحد من الطلب على المخدرات :

لقد اهتم المشرع الجزائري على غرار غيره من التشريعات الوطنية في خفض الطلب على المخدرات، كإطار فاعل في معرض التصدي لها، ومكمل للجهود المبذولة للحد من العرض، وفي ظل استفحال ظاهرة عرض المخدرات على نحو غير مشروع تبدو أهمية خفض الطلب عليها، خاصة بعد أن تحظى عرض المخدرات النطاق الجغرافي للمناطق التي تنتج فيها، أو لأقاليم الدول التي تعتبر مصدرا لها، الأمر الذي يسر على الراغبين في تعاطيها الحصول على حاجتهم من أي صنف منها، على الرغم من بعد المسافة بين مصادر الإنتاج وأماكن الاستهلاك.

---

[1] أنظر: أسماء سعيد، دور المجتمع المدني في خفض الطلب على المخدرات وتقليص عرضها وفق الإستراتيجية الوطنية الخماسية 2011-2015، الوقاية والمكافحة، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، ع.00 سبتمبر 2014، مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر، العاصمة ،2014، ص40.

[2] (أنظر:عادل مشموشي، المخدرات ما هيتها- مخاطرها- مكافحتها، بدون دار نشر، الطبعة الأولى، بيروت ،2014 ص259.

[3] أنظر: طيبي جمال الدين وجدة أسماء، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في الحقوق، كلية الحقوق، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب –عين تموشنت-، 2018، ص93.

وينبغي في معرض خفض الطلب غير المشروع على المخدرات التنبيه إلى ضمان توفير الحاجات المشروعة، سواء كانت لتلبية متطلبات البحث العلمي أو حاجات العلاج الطبي والاستعمالات الصناعية المشروعة.[1]

ويكون الحد من الطلب على المخدرات من خلال تعزيز الوقاية عبر تحسين معارف المواطنين بصفة عامة والشباب بصفة خاصة حول المخاطر المرتبطة باستهلاك واستعمال المخدرات على المستوى الصحي وتداعياتها العقابية والاجتماعية، وكذلك عن طريق تحسين قدرات الموظفين، ويتجلى ذلك من خلال عدد الملتقيات التكوينية المنظمة وعدد الأشخاص الفاعلين الذين تم تكوينهم، ودعم وتعزيز القدرات التربوية عبر القيام بنشاطات إعلامية موجهة إليهم، وكذلك المشاركة النشيطة للحركات والمنظمات الشبابية في الحملات التحسيسية على المستوى الوطني وباتجاه التجمعات الوطنية في الخارج، المتجلية من خلال عدد الشباب المنتسبين إلى الجمعيات وعدد الجمعيات التي تم إنشاؤها.[2]

وكذلك يكون الحد من الطلب عليه عن طريق تقليص المخاطر عبر تعزيز النشاطات الثقافية والترفيهية المتنوعة، وترقية الإدماج الاجتماعي للفئات الضعيفة والهشة المعرضة للخطر، وكذلك ضمان التكوين الفعال لكل الفئات المتداخلة في مجال المخدرات، وضمان مشاركة كل أفراد المجتمع المدني لضمان التماسك الاجتماعي وضمان الوقاية والرعاية للمستهلكين ولفئات المجتمع الأكثر عرضة لخطر المخدرات.[3]

[1] أنظر: عادل مشموشي ،المرجع سابق، ص304.

[2] الإستراتيجية الجزائية والصحية في معالجة الإدمان على المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها ع.00 سبتمبر 2014، مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر، العاصمة ،2011، ص25.

[3] يبي جمال الدين وجدة أسماء، المرجع سابق، ص95.

خلاصة الفصل الأول

بعد دراستنا لهذا الفصل يمكن تلخيصه بالقول بأن المخدرات وأنواعها لها خطورة كبيرة على جميع المجتمعات، وأن الإدمان هو نتيجة لتعاطي هذا المخدر، فهو ينتقل من مرحلة إلى مرحلة قد تصل به إلى الموت، وله آثاره السلبية التي تضر بصحة المدمن والتي تترك له أثر سلبي في نفسه وصحته ومجتمعه.

وكذلك وجدنا بأن استهلاك المخدرات وإدمانه له علاقة كبيرة بارتفاع نسبة الجرائم في المجتمع، لا سيما منها السرقة وجرائم المرور الكثيرة، والعديد من الجرائم الأخرى كالنصب والخيانة والاغتصاب والابتزاز والاعتداء على المحارم سواء ارتكبت هذه الجرائم نتيجة البحث عن المال لشراء المخدر أو بسبب تعاطي المخدر.

كما أننا بينا الأساليب والتدابير الوقائية للتوخي من هذه الظاهرة الخطرة، وذلك بتناول مستويات الوقاية تدريجيا ابتداء بالوقاية من الدرجة وصولا إلى الوقاية من الدرجة الثالثة، وكذلك دور المجتمع البارز في التصدي لهذه الظاهرة قبل وقوعها والتورط فيها، فوجدنا أن الأسرة لها دورها البارز وكذلك المؤسسات التعليمية والمسجد ووسائل الإعلام أيضاً، كل هذا له دوره في الوقاية من هذه الظاهرة، وحتى المجتمع المدني والدولة أيضا لها دورها وذلك عن طريق الحد من عرض المخدرات في المجتمع، وكذلك أيضا الحد من الطلب على المخدرات.

الفصل الثاني
التدابير المتخذة في علاج الادمان على المخدرات

المبحث الأول :التدابير العلاجية التي تطبقها الهيئات القضائية

لقد وضع القانون 18/04 تحت تصرف مختلف الهيئات القضائية تطبيق التدابير العلاجية لفائدة كل شخص متهم باستهلاك المخدرات أو المؤثرات العقلية بالإضافة إلى المدمنين عليها، وذلك في جميع مراحل الدعوى العمومية، ولا تطبق هذه التدابير إلا بشروط محددة.

وتسهر مجموعة من الهيئات العمومية في تطبيق التدابير العلاجية كل في مجال اختصاصه وتتمثل هذه الهيئات في الضبطية القضائية كالشرطة والجمارك والدرك الوطني، وكذلك في النيابة العامة والتحقيق القضائي، أما بالنسبة للهيئات التي تتكفل بالمدمنين في مرحلة العلاج هم الأطباء الخبراء المتخصصين في معالجة الإدمان ومتابعته ومراكز العلاج ومراكز الرعاية التربوية والاجتماعية واعادة التأهيل[1]

وتطبق هذه التدابير في مرحلة تحريك الدعوى العمومية على مستوى النيابة العامة، ممثلة في وكيل الجمهورية والذي يأمر بعدم تحريك الدعوى العمومية، أو في مرحلة التحقيق بإصدار قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث الأمر بالعلاج المزيل للتسمم، أما في مرحلة الحكم تأمر بالإعفاء من العقوبة.[2]

وان علاج المدمنين أمرا معقدا، فقد كان للمختصين بذلك آراء مختلفة حول طريقة العلاج، فمنهم من رأى ضرورة علاجهم بشكل إجباري، ومنهم من رأى ضرورة أن يكون العلاج اختياري ويطلب من المدمن نفسه، كما أن مدة علاج المدمن تختلف حسب تجاوب جسمه للعلاج[3]

وهذا ما سنبحث فيه خلال هذا المبحث، بحيث أننا خصصنا في المطلب الأول أنواع التدابير العلاجية، ومن ثم خصصنا في المطلب الثاني طرق العلاج ومدته.

1- أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص97.

2- أنظر: العايب آمال، آليات مكافحة جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية) دارسة مقارنة(، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في قانون العقوبات والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2017، ص75.

3- أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق، ص332.

المطلب الأول :أنواع التدابير العلاجية

لقد نظم المشرع الجزائري هذه التدابير في المواد من 6 إلى 11 من القانون 18/04 الآنف ذكره وكذا المرسوم التنفيذي رقم 229/07[1]، الذي يبين كيفية تطبيق المادة 06 من القانون 18/04، مع مقارنتها بالقانون 05/85 المتضمن قانون الصحة في المواد 249 وما يليها، وذلك بإتباع مجموعة من التدابير التي لها دور في علاج المدمن على المخدر منها.

وهذا ما سنبينه خلال هذا المطلب، بحيث خصصنا في الفرع الأول الإعفاء من المتابعة القضائية والأمر بالعلاج المزيل للتسمم في الفرع الثاني، ومن ثم الإعفاء من العقوبة في الفرع الثالث.

الفرع الأول : الإعفاء من المتابعة القضائية

لقد كرس المشرع مبدأ عدم ممارسة الدعوى العمومية ضد بعض الفئات من مستعملي أو مستهلكي المخدرات أو المؤثرات العقلية وذلك بموجب أحكام المادة 06 من القانون 18/04 السالف الذكر، والتي نصت على أنه: " لا تمارس الدعوى العمومية ضد الأشخاص الذين امتثلوا إلى العلاج الطبي الذي وصف لهم لإزالة التسمم وتابعوه حتى نهايته.

ولا يجوز أيضا متابعة الأشخاص الذين استعملوا المخدرات أو المؤثرات العقلية استعمالا غير مشروع، إذا ثبت أنهم خضعوا لعلاج مزيل للتسمم أو كانوا تحت المراقبة الطبية منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليهم.

وفي جميع الحالات المنصوص عليها في هذه المادة، يُحكم بمصادرة المواد والنباتات المحجوزة إن اقتضى الأمر، بأمر من رئيس الجهة القضائية المختصة بناء على طلب النيابة العامة.

تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم."

وهو نفس التدبير العلاجي الذي تضمنه قانون الصحة في المادة 249 التي نصت على ما يلي:

1- المرسوم التنفيذي رقم 07-229 المؤرخ في 30 يونيو 2007 الجزائري، يحدد كيفيات تطبيق المادة 06 من القانون 18/04 المؤرخ في 2004/12/25، المتضمن الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية رقم 49

" لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امتثلوا للعلاج الطبي الذي وصف لهم وتابعوه حتى نهايته.

كما أنه لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين استعملوا المخدرات استعمالا غير شرعي إذا ثبت أنهم تابعوا علاجا مزيلا للتسمم أو كانوا تحت المتابعة الطبية، منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليهم."

إن ما يمكن ملاحظته بعد التطرق للمادتين أن المشرع في صياغته للمادة 6 قد حافظ على مضمون المادة 249 مع وجود تعديل بسيط، بحيث أنه استبدل عبارة " لا ترفع الدعوى العمومية" بعبارة " لا تمارس الدعوى العمومية" ، كما أنه استعمل في الفقرة الثانية من المادة 6 عبارة " لا يجوز المتابعة " بدلاً من " لا ترفع دعوى" ، كما أنه استبدل عبارة " .. بأمر من رئيس المحكمة بناء على طلب وكيل الجمهورية" بعبارة «... بأمر من رئيس من الجهة القضائية المختصة بناء على طلب النيابة العامة" وهو يعتبر تعبير أوسع وأشمل.

ولقد أوجد المشرع هذه التدابير الوقائية والعلاجية بقصد القضاء على ظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، فلا تقوم النيابة بتحريك المتابعة، وفي حالة تحريكها يصدر القاضي حكما بأن لا وجه للمتابعة أو بالتسريح، كما يصدر قاضي التحقيق إن كانت القضية على مستواه أمرا بأن لا وجه للمتابعة إذا ثبت لأحد هؤلاء أن المشكوك فيه أو المتهم قد امتثل للعلاج الذي وصف له أو خضوعه للعلاج طواعية وذلك قبل تحريك الدعوى العمومية. [1]

أولا ا/ امتثال المدمن للعلاج الذي وصف له:

تعني هذه الوضعية أن يكون المدمن أو المستهلك قد امتثل إلى العلاج الطبي الذي وصف له لإزالة التسمم وتابعه إلى النهاية، ويكون العلاج إما في مؤسسة لإزالة التسمم أو خارجياً بواسطة الأدوية المضادة بعد الحصول على وصفة طبية وشراء الأدوية ومتابعة العلاج حتى النهاية. [2]

1- أنظر:لحسين بن شيخ آث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية دراسة قانونية تفسيرية، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص44.

2- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا، المرجع السابق، ص44.

وطبقاً لأحكام المادة 3 من المرسوم التنفيذي رقم 07-229 إذا تبين لوكيل الجهورية لا سيما من خلال عناصر الملف أن شخصاً استعمل المخدرات أو المؤثرات العقلية استعمال غير مشروع يجعل احتمال حالة الإدمان قائمة لديه، يأمر بفحصه من قبل طبيب مختص فإذا تبين بعد الفحص الطبي أن الشخص مدمن، يأمره وكيل الجمهورية بمتابعة علاج مزيل للتسمم بالمؤسسة المختصة التي يحددها، أما إذا تبين بعد الفحص الطبي أن حالة الشخص لا تستدعي علاجاً مزيلاً للتسمم داخل مؤسسة مختصة يأمر وكيل الجمهورية بوضعه تحت المتابعة الطبية للمدة الضرورية المقررة للفحص الطبي.

ومن هنا تبين لنا أن المشرع الجزائري ميز بين معاملته للمدمن على المخدرات أو المؤثرات العقلية وبين المستهلك العادي الذي لم يصل بعد إلى مرحلة الإدمان. [1]

وبالنسبة للحالة التي يأمر فيها وكيل الجمهورية بمتابعة العلاج لمدمن المخدرات، يقوم الطبيب المعالج بإصدار شهادة طبية تحدد تاريخ بداية العلاج أو المتابعة والمدة المحتملة لنهايتها، وبالتالي يقدم الطبيب لوكيل الجمهورية تطور وضع الشخص، ويراقب الطبيب المعالج سير العلاج المزيل للتسمم أو المتابعة القضائية، وعند انقطاع حالة العلاج يعلم مدير المؤسسة المتخصصة أو الطبيب المسؤول عن العلاج وكيل الجمهورية فورا، وذلك طبقاً لأحكام المادة 4، 5 من نفس المرسوم. [2]

وعند نهاية العلاج المزيل للتسمم تسلم للمدمن شهادة طبية تثبت أنه خضع لعلاج الميل للتسمم أو المتابعة الطبية، وترسل نسخة من هذه الشهادة إلى وكيل الجمهورية المختص الذي يقرر عدم ممارسة الدعوى العمومية، وهذا طبقاً لأحكام المادة 6 من نفس المرسوم.

ثانيا/ خضوع المدمن للعلاج الإرادي:

وتعني هذه الوضعية أن يكون المشكوك فيه أو المتهم قد استعمل المخدرات أو المؤثرات العقلية دون وصفة طبية أو بواسطة وصفة تحصل عليها على سبيل المجاملة، وأن يُثبت بأنه خضع طواعية للعلاج المزيل للتسمم أو كان تحت المراقبة الطبية منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليه، وهذا على خلاف الوضعية الأولى أعلاه التي يخضع فيها المدمن للعلاج بموجب أمر صادر بذلك، وعلى ذلك يجب أن يتابع العلاج لغاية نهايته إن أراد إعفاءه من العقوبة لوجود سوء النية لديه، على خلاف الوضعية الثانية

1- أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص101.

2- ارجع: المادة 4، 5 من المرسوم 07-229 الج ازئري السالف الذكر.

التي يريد فيها المدمن التخلص فعلا من حالة التبعية للمخدرات أو المؤثرات العقلية، ولذا لم يشترط المشرع عليه متابعة العلاج إلى نهايته، لأن من خضع طواعية للعلاج سوف يستمر فيه إلى النهاية دون أن يلزم بذلك لتوافر إرادة صريحة لديه في التخلص من التبعية للمخدرات أو المؤثرات العقلية، فالمهم أن يكون المشكوك فيه أو المتهم قد امتثل للعلاج أو خضع له طواعية قبل تحريك الدعوى العمومية.[1]

ففي هذه الحالة يلجأ المدمن على المخدرات بإرادته إلى العلاج، وهنا عليه إثبات ذلك من خلال شهادة طبية من الطبيب المعالج تؤكد خضوع المتهم للعلاج، ولقد لجأ المشرع إلى استعمال أسلوب المرونة مع مستعملي المخدرات والمؤثرات العقلية، وهو أسلوب الترغيب في العلاج للقضاء على حالة الإدمان نهائيا، وذلك بدلاً من أسلوب التخويف بالعقوبة.[2]

واذا تبين لوكيل الجمهورية أن شخصا استعمل المخدرات والمؤثرات العقلية استعمالا غير مشروع قد خضع للعلاج المزيل للتسمم أو المتابعة الطبية منذ تاريخ الوقائع المنسوبة إليه، يقرر عدم ممارسة الدعوى العمومية ضده بناء على التقرير الطبي الذي يقدمه المدمن، ويمكنه أيضا أن يأمر بفحص هذا الأخير من قبل طبيب مختص وذلك طبقاً للمادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 07-229.[3]

وفي جميع الحالات المنصوص عليها في المادة 06 من القانون 18/04، فإن المخدرات أو المؤثرات العقلية المحجوزة يؤمر بمصادرتها كتدبير أمني، وهذا بأمر صادر عن وكيل الجمهورية أو قاضي التحقيق أو رئيس الجهة القضائية المحالة عليه القضية بناء على طلب النيابة العامة، والحقيقة أن المصادرة واجبة تفاديا لوقوع المخدرات في يد غير أمينة، ولا يحتاج ذلك إلى طلب صادر عن النيابة العامة وهذا طبقاً للقواعد العامة، لكون حيازة المخدرات أو المؤثرات العقلية بطريقة غير مشروعة يشكل جريمة، حتى ولو لم تستهلك من طرف حائزها.

ولقد أحال المشرع لتطبيق النص القانوني أعلاه إلى صدور نصوص تطبيقية، ويتم ذلك بموجب قرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة ووزير العدل.[4]

1- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا ،المرجع سابق، ص45.

2- أنظر: بن عبيد سهام ،المرجع سابق، ص100.

3- ارجع: المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 07-229 الجزائري السالف الذكر.

4- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا ،المرجع سابق، ص46.

الفرع الثاني: الأمر بالعلاج المزيل للتسمم

يجوز لقاضي التحقيق أو قاضي الأحداث في حالة تحريك الدعوى العمومية وإحالة القضية للتحقيق أن يأمر المتهم باستهلاك المخدرات والمؤثرات العقلية بالعلاج المزيل للتسمم، وهذا ما جاءت به المادة 7 من القانون 18/04 والتي تنص على ما يلي: "**يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي** الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب الجنحة المنصوص عليها في المادة 12 أدناه، لعلاج مزيل للتسمم مصحوب بجميع تدابير المراقبة الطبية وإعادة التكييف الملائم لحالتهم، إذ ثبت بواسطة خبرة طبية متخصصة، أن حالتهم الصحية تستوجب علاجا طبيا.

يبقى الأمر الذي ي وجب هذا العلاج نافذا عند الاقتضاء بعد انتهاء التحقيق، وحتى تقرر الجهة القضائية المختصة خلاف ذلك."

يفهم من نص المادة بأنه إذا تبين لقاضي التحقيق أو قاضي الأحداث الذي يوجد ملف المتابعة على مستواه بواسطة خبرة طبية متخصصة أن الشخص المتابع بجنحة استهلاك المخدرات أو المؤثرات

العقلية، أو جنحة حيازتها من أجل الاستهلاك الشخصي بصفة غير مشروعة أن حالته الصحية توجب علاجا طبيا قصد القضاء على حالة الإدمان، أو تفادي إصابته بأمراض أخرى ناتجة عن ذلك الاستهلاك، فإنه في مقدوره الأمر بإخضاعه لعلاج مزيل للتسمم.

وهو نفس مضمون المادة 250 من القانون 85-05 بنصها: " يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب الجنحة المنصوص عليها في المادة 245 من نفس القانون، لمعالجة مزيلة للتسمم، تصاحبها جميع تدابير المتابعة الطبية واعادة التكييف الملائمة لحالتهم، إذا ثبت أن حالتهم الصحية تستوجب علاجا طبيا."

وما يلاحظ أن المشرع الجزائري اشترط الخبرة الطبية في المادة 07 من القانون 18/04 والتي تندرج في ملف الدعوى وتؤكد فيه على مدى حاجة المتهم للعلاج كما تحفظ على حقوق المدمنين بالمخالفة في المادة 250 من القانون 85-05 التي لم تشترط بوضوح إثبات الحالة الصحية للمتهم، كما

نجد المشرع الجزائري في المادة 07 من القانون 18/04 أمر بوضع المدمنين تحت العلاج منذ بداية التحقيق، لكن المادة 250 من القانون 85-05 تجيز العلاج بعد انتهاء التحقيق.[1]

ويكون هذا الأمر مصحوب بجميع تدابير المراقبة الطبية وإعادة التكييف الملائم لحالته، ويتم ذلك على مستوى مركز متخصص لإزالة التسمم أو بواسطة طبيب مختص، ويتم العلاج تحت رقابة طبية وعلى الطبيب المعالج موافاة القاضي بتقرير كتابي أو شفهي عن مدى مزاولة المتهم للعلاج.

ويبقى هذا الأمر ساريا إذا اقتضت حالة المتهم ذلك وتبعا لتقرير الطبيب المعالج لغاية الانتهاء من التحقيق، وهذا بإصدار أمر بأن لا وجه للمتابعة كما هو مذكور في المادة 6 أعلاه، أو بعد إحالة المتهم إلى جهة المحاكمة وهي محكمة الجنح أو محكمة الأحداث ،والتي تقرر الإبقاء على ذلك الأمر أو إنهاءه، خاصة إذا تبين لها بأن المتهم أو الحدث شفي تماما.[2]

أولا ا/ معاملة الجانحين المدمنين:

هناك بعض الصعوبة في تحديد مفهوم الجانح، فهذا الأخير يتصل بشكل أو بآخر بمفهوم الجريمة بمفاهيم تعني الجريمة من مفاهيم السلوك الإجرامي، ويظهر أن إيجاد تعريف شامل لمفهوم الجانح ما زال يتعذر تحقيقه، وذلك لارتباط الموضوع بعدد من المتخصصين كرجال القانون والفقه الجنائي وعلماء النفس والاجتماع.[3]

تقترن ظاهرة الإدمان على المخدرات للجانحين والمراهقين بالوقوع في العديد من المشكلات والأمراض الاجتماعية، إذ تتدهور الصحة النفسية والجسيمة للجانح تكون له صعوبة في إيجاد صورة للتوافق النفسي والاجتماعي، ومن ثم يتولد لديه جنوح آخر يأخذ مستويات ومعدلات للسلوك الإجرامي

1- أنظر: إعمارن سهام وقرايشي سامية، مرجع سابق، ص56

2- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا ،المرجع سابق، ص46-47.

3- أنظر: فاطمة الزهراء حميمد، شخصية الحدث الجانح –دارسة أنثروبولوجية–، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان ،2011، ص53.

والعدواني على المستويين الشخصي والاجتماعي، مما يشكل تهديداً خطيرا على السلامة الشخصية والأمن الاجتماعي والقومي.[1]

وتختلف معاملة الحدث الجانح حسب فئته العمرية، فلا يتعرض الحدث دون 13 سنة لإجراءات عقابية، إنما يوفر لهم القانون إجراءات التربية والحماية طبقا للمادة 456 ق.إ.ج المعدل والمتمم، وينفذ بعض هذه الإجراءات بمصالح الملاحظة والتربية ومراكز متخصصة، أما الحدث بين 13 و18 سنة فيخضعون إما لتدابير الحماية أو التربية أو لعقوبات مخففة وذلك طبقاً للمادة 49 ق.ع المعدل والمتمم ويتم تنفيذها في المراكز المختصة لإعادة التأهيل يشرف عليها موظفون مختصون من علم النفس والاجتماع.[2]

ويجب أن تكون التدابير التي تطبق على الحدث المدمن على المخدرات علاجية بالأساس بإخضاعه للعلاج الطبي المزيل للتسمم كالإيداع في مأوى علاجي أو معهد للتأهيل، أما الحدث دون

السابعة فلا تطبق عليه سوى تدابير التسليم أو الإيداع في إحدى المستشفيات المختصة، وهذا ما جاء بها لأمر رقم 03/72 المتضمن حماية الطفولة والمراهقة المؤرخ في 1972/02/10 بموجب المادة 16 منه فتحدث لجنة تربية مكلفة بمراقبة تطبيق برنامج العلاج والتربية للأحداث، وتقترح على القاضي تعديل التدابير المتخذة بحقه في أي وقت.[3]

ثاني ا/ الطبيعة القانونية للوضع في مؤسسة علاجية:

كثيرا نتساءل أنفسنا هل المدمن يجب أن يتم معاقبته أم وضعه في مؤسسة علاجية يخضع فيها للعلاج؟ إن المشرع الجزائري جاء في مادته 12 فقرة 02[(4)] أنه يعاقب كل من يحوز أو يحرز أو يشتري

1- I. TERRANTI – AIT MOHAMED, Le Problème de la consommation de drogue chezn i 'adolescent, revus santé jeunes, premier trimestre, n 05, 1998, p.2

2- أنظر: علي مانع، جنوح الأحداث والتغير الاجتماعي في الجزائر المعاصرة –دارسة في علم الإجرام المقارن–، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ،2002، ص205.

3- أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص105.

4- ارجع المادة 12 من القانون 18/04 الجزائري السالف الذكر.

مخدر من أجل استهلاك شخصي سواء بعقوبة الحبس أو الغرامة أو بإحدى العقوبتين، لكنه لم يذكر وضع هذا المدمن في مؤسسة علاجية في نص المادة.

ولكن يمكن اعتبار الوضع في مؤسسة علاجية هو تدبير أمني، لأن التدبير الأمني في المادة 4 من قانون العقوبات معرف بأنه: ".. **إن لتدابير الأمن هدف وقائي**".. ، وان أغلب التشريعات المقارنة تذهب إلى عدم معاقبة المدمن على المخدرات باعتباره مريضاً، ويتطلب وضعه في مؤسسة علاجية قصد معالجته، ولا يمكن اعتباره مجرما، وحتى القانون المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية يميل إلى نفس الرأي، ويتجلى ذلك بوضوح لأنه يعاقب على جريمة الاستهلاك بعقوبة أخف من عقوبة الاتجار والاستيراد والتصدير [1]

ولذلك يجب التمييز بين الوضع القضائي المنصوص عليه في المادة 22 من قانون العقوبات المعدل والمتمم، والوضع في مؤسسة علاجية المنصوص عليه في المادة 07 من القانون 18/04 فيعتبر الأول تدبير أمني مقترن بارتكاب جريمة قد يكون السبب في ارتكابها الإدمان بالدرجة الأولى ويكون جزاء الإجرام هو تطبيق العقوبة لارتكاب الجريمة.[2]

فحسب ما جاء في المادة 22 من قانون العقوبات أن الوضع القضائي في مؤسسة علاجية هو وضع شخص مصاب بإدمان اعتيادي ناتج عن تعاطي مواد كحولية أو مؤثرات عقلية، تحت الملاحظة في مؤسسة مهيأة لهذا الغرض، ويكون ذلك بناء على حكم أو قرار قضائي صادر من الجهة المحال إليها الشخص إذا بدا أن السلوك الإجرامي للمعني مرتبط بهذا الإدمان.[3]

وبذلك فإن تدبير الوضع في مؤسسة علاجية هو جزاء جنائي، لأنه ينتقص من حقوق المحكوم عليه، وذلك بتقييد حريته، وبالتالي يتميز أسلوبه بإدخال الألم على نفسيته، وان كان ذلك بدرجة أقل للألم النفسي المصاحب للإيداع في السجن، كما أنه لا يتقرر إلا بحكم جنائي، ولا يطبق إلا على شخص ثبت ارتكابه لجريمة الاستهلاك.

1- أنظر: زولي سهام، مرجع سابق، ص38.

2- أنظر :بن عبيد سهام ،المرجع نفسه، ص107.

3- ارجع المادة 22 من القانون 02/16 الجزائري السالف الذكر.

وتدبير الإيداع في مؤسسة علاجية كجزاء جنائي يخضع لذات المبادئ والضمانات التي تتمتع بها العقوبات إلا ما تعارض منها مع طبيعته، فهو كالعقوبة من حيث الخضوع لمبدأ انتفاء الأثر الرجعي أو الضمانات الإجرائية التي يخضع لها المتهم، ويختلف التدبير عن العقوبة في كون الحكم القاضي به لا يحدد مدته، وان اقتضى على تحديد بدايته، وذلك لأن انتهاء مدة التدبير مرتبط بتحقيق هدفه وهو الشفاء من الإدمان، وهذا الشفاء ليس في مكنة المحكمة تقدير المدة اللازمة لتحقيقه، وبذلك فإن المحكمة إذا أمرت بإيداع المدمن في المصحة العلاجية، فإن هذا التدبير يكون الجزاء الجنائي الوحيد لجريمة الاستهلاك، فلا توقع على الجاني عقوبات تكميلية، وذلك لأن القواعد العامة لا تجيز الحكم بعقوبة تكميلية إلا إذا قضى بعقوبة أصلية.[1]

الفرع الثالث :الإعفاء من العقوبة

من التدابير العلاجية التي أقرها المشرع الجزائري في القانون 18/04 الإعفاء من العقوبة، والتي تقررها الجهة القضائية المختصة لمحكمة الجنح أو لمحكمة الأحداث، إذا رأت أن العلاج المأمور به من طرف جهة التحقيق لم ينته بعد، أو أن متابعته ضرورية للقضاء على حالة الإدمان نهائياً، فهنا لها إلزاما لأشخاص المستفيدين من الأمر بالعلاج المزيل للتسمم بتأكيد أمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث أو تمديد آثاره.

والإعفاء من العقوبة جوازي يستفيد منه مستهلك المخدرات بشروط يمكن إجمالها في أن يثبت بواسطة خبرة طبية متخصصة أن حالته الصحية تستوجب علاجا طبيا، بالإضافة إلى صد ور أمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث يقضي بإخضاعه لعلاج مزيل للتسمم تصاحبه جميع تدابير المتابعة الطبية وإعادة التكييف الملائم لحالته مع صدور حكم من الجهة القضائية بإلزامه بالخضوع للعلاج المزيل للتسمم.[2]

وهذا ما نصت عليه المادة 8 من القانون 18/04، حيث نصت على أنه: " **يجوز للجهة القضائية**

1-. أنظر: محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن ،دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ،الجزء الثاني ،الرياض ،1988، ص.ص129-133.

2- أنظر: العايب آمال، مرجع سابق، ص81.

المختصة أن تلزم الأشخاص المذكورين في المادة" 07" أعلاه، بالخضوع لعلاج إزالة التسمم وذلك بتأكيد الأمر المنصوص عليه في ذات المادة أعلاه، أو تمديد آثاره، وتنفذ قرارت الجهة القضائية المختصة رغم المعارضة أو الاستئناف.

وفي حالة تطبيق أحكام الفقرة الأولى من المادة" 07" أعلاه والفقرة الأولى من هذه المادة، يمكن للجهة القضائية المختصة أن لا تنطق بالعقوبات المنصوص عليها في المادة 12 من هذا القانون."

وما يفهم من نص هذه المادة أن المتهم يكون هنا أمام جهة المحاكمة، والتي ترى بأن العلاج المأمور به من طرف جهة التحقيق لم ينته بعد، أو أن متابعته ضرورية للقضاء على حالة الإدمان نهائيا فهنا يجوز لها إلزام المتهمين الماثلين أمامها للخضوع لعلاج إزالة التسمم وهذا بتأييد الأمر الصادر عن قاضي التحقيق أو الأحداث أعلاه أو تمديد آثاره لما بعد صدور الحكم، ويكون حكم المحكمة الممدد لأمر العلاج تنفيذيا، أي مشمولا بالنفاذ المعجل بقوة القانون، بالرغم من المعارضة أو الاستئناف، ولا يحتاج القاضي إلى التنصيص عليه في منطوق حكمه، لأن الخضوع للعلاج تعتبر مسألة ضرورية وهذا حتى لا يعود المتهم إلى حالة الإدمان.[1] أما في حالة خضوع المتهم للعلاج بموجب أمر صادر عن قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث أو بواسطة تأكيد ذلك الأمر من طرف جهة المحاكمة، فإنه يجوز لهذه الأخيرة أن تعفيه من العقوبة الصادرة بحقه.

وهذا الأمر ذاته تضمنته المادة 251 من قانون 05/85 والتي نصت على أنه: " **يجوز للجهة القضائية الحاكمة أن تلزم الأشخاص المعنيين في المادة السابقة بالخضوع لعلاج إزالة التسمم ولا سيما تأكيد الأمر المذكور في المادة السابقة أو تمديد آثاره، وتنفذ قرارات الجهة القضائية التي أصدرت الحكم ولو طلب الاستئناف.**

واذا طبقت الأحكام المنصوص عليها في المادة 250 أعلاه وفي الفقرة الأولى من هذه المادة أمكن الجهة القضائية التي تحال عليها القضية أن لا تحكم بالعقوبات المنصوص عليها في المادة 245 أعلاه."

وما يلاحظ في المادة 8 المشار إليها أعلاه أنها استبدلت عبارة " **الجهة القضائية الحاكمة**" بعبارة

1- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا، مرجع سابق، ص47.

" **للجهة القضائية المختصة** ،"وأضاف عبارة " **رغم المعارضة**" عكس المادة 251 المشار إليها في الأعلى اقتصرت على الاستئناف فقط.

وعلى ذلك، فإن جهة المحاكمة إما أن تقضي بالإدانة والعقوبة معا، خاصة إذا كان مسبوقا قضائيا، لأنه لم يخضع للعلاج إلا بعد تحريك المتابعة ضده على خلاف المنصوص عليها في المادة السادسة المذكورة آنفا أين يتم الخضوع للعلاج قبل تحريك الدعوى العمومية ولكونه مسبوق قضائيا أيضا واما أن تقضي بالإدانة بجنحة استهلاك أو حيازة المخدرات أو المؤثرات العقلية من أجل الاستهلاك الشخصي مع الإعفاء من العقوبة، وبذلك هذا يعتبر مانع جوازي من موانع العقاب وليس مانع من موانع المسؤولية.[1]

ولقد أكدت الفقرة الأخيرة من المادة 09 على سياسة المشرع العلاجية، فحتى لو امتنع المدمن عن العلاج المزيل للتسمم، فهذا لا يمنع من إعادة تفعيل وتطبيق الأمر بالعلاج من جديد عن الاقتضاء، وهذا

يدل على أن المشرع أخذ بإجراء وقف العقوبة من أجل العلاج ضمنيا، ففي حالة تطبيق العقوبة ورأى القاضي فيه حاجة لتطبيق الأمر بالعلاج من جديد يوقف تطبيق العقوبة لاستئناف تطبيق الأمر بالعلاج.

وعلى غرار المشرع الجزائري، اعتنقت معظم التشريعات المقارنة مبدأ العلاج بدل العقاب للمدمنين على المخدات، فالمشرع المصري أكد على أنه يمكن أن يتم وقف تنفيذ العقوبة من أجل تطبيق العلاج وهذا بالرجوع إلى السلطة التقديرية لقضاء الحكم طبقاً لأحكام المادة 37 فقرة 3 من قانون المخدرات المصري، بحيث أنه يكون الإفراج بعد شفائه وذلك بقرار من اللجنة المختصة بإشرافها على المودعين بالمصحة.[2]

ونفس الأمر بالنسبة للمشرع اللبناني الذي أكد في المادة 197 من القانون رقم 673 المؤرخ في تاريخ 1998/03/26 المتعلق بالمخدرات أن يمكن للمحكمة أن تمنح للمدمن وقف التنفيذ إذا لم يكن مكررا، أو تعليق وقف تنفيذ العقوبة على قبوله اللاحق بالخضوع للعلاج والسير فيه حتى الشفاء

1- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا ،المرجع سابق، ص48.

2- أنظر: العايب آمال، مرجع سابق، ص82-83.

والمحكمة التي أصدرت الحكم هي التي تقرر وقف تنفيذ العقوبة نهائيا بعد أن تبلغها لجنة مكافحة الإدمان بشفائه التام من مرض التعاطي[1]

وعلى نفس النهج ذهب المشرع السوري، فيستفيد مدمن المخدرات أيضا من إجراء وقف تنفيذ العقوبة لمدة تتراوح بين 3 أشهر وسنة، وكذلك الامتناع عن رفع الدعوى العمومية طبقاً لأحكام المادة 43 من قانون المخدرات السوري رقم 2 الصادر بتاريخ 1994/04/12، وللمحكمة أن تتراجع عن قرارها إذا تبينت عدم جدوى الإيداع، أو انتهت المدى القصوى المقررة له.[2]

المطلب الثاني: طرق العلاج ومدته

إن علاج الإدمان على المخدرات يكون على طريقتين، الأولى هي علاج تلقائي أي أن المدمن يودع في المصحة بناء على طلبه، والثانية هي العلاج الإجباري أي عندما يكون المدمن لا يرغب في العلاج، ولذلك يتم جبره على العلاج.

فهناك من يؤيد العلاج الأول ويروا فيه طريقة للشفاء بشكل أكبر من النوع الثاني الذي يمكن بعد تطبيقه العودة من جديد على الإدمان.

وهذا ما سنبينه خلال هذا المطلب، بحيث خصصنا في الفرع الأول أنواع العلاج، ومن ثم بيان المدة التي يستغرقها المدمن لعلاجه في الفرع الثاني.

الفرع الأول أنواع العلاج

كما ذكرنا سابقا أن يوجد لعلاج المدمن على المخدر نوعان من العلاج، النوع الأول العلاج التلقائي وهو الذي يعتبر أنسب بالنسبة للمدمن، والنوع الثاني هو العلاج الإجباري والذي حبذ به الفقهاء والعلماء استخدامه كثيرا.

1- أنظر: غسان رباح، الوجيز في قضايا المخدرات والمؤثرات العقلية، ، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى بيروت، 2008، ص230.
2- أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص113.

أولا/ العلاج التلقائي:

وهو أن يتقدم المدمن على المخدرات إلى العلاج في المراكز المتخصصة لإزالة التسمم، أو خارجيا في العيادات بواسطة الأدوية المضادة بعد الحصول على وصفة طبية وشراء الأدوية ومتابعة العلاج حتى نهايته.

ولقد بين المشرع الجزائري في نص المادة 06[1] من القانون 18/04 الأشخاص الذين يستفيدون من العلاج المزيل للتسمم والذي يتضمن العلاجين التلقائي والإجباري معا.

أما معظم التشريعات الأخرى، فهناك لجنة تشرف مكافحة الإدمان على المخدرات، يتقدم إليها المدمن ويتم إخضاعه لتدابير العلاج، فمثلا المشرع المصري نص في مادته 37 من تشريع المخدرت المصري على أنه: " **ولا تقام الدعوى على من يتقدم من متعاطي المواد المخدرة من تلقاء نفسه للمصحة للعلاج، ويبقى بالمصحة إلى تقرر اللجنة الإفراج عنه، ولا يجوز أن تقل مدة البقاء في المصحة عن ستة أشهر ولا تزيد على سنتين، وفي حالة مغادرة المريض للمصحة قبل صدور قارر اللجنة المذكورة يلزم بدفع نفقات العلاج ويجوز تحصيلها منه بطريقة الحجز الإداري.**"

فالمشرع المصري يؤكد من خلال نص المادة السابقة أنه يمكن للمدمن أن يتقدم للعلاج من تلقاء نفسه، إلا إذا كان هناك عذر يمنعه من العلاج التلقائي، وهذا العذر يلزمه مجموعة من الشروط حتى ينتج أثره القانوني، فمنها أن تكون الجريمة التي ارتكبها الجاني هي جريمة تعاطي المخدرات، ومنها أن يتقدم الجاني من تلقاء نفسه للعلاج.

وكذلك يجب أن تكون الجهة التي تقدم إليها من تلقاء نفسه للعلاج هي المصحة الخاصة بعلاج المدمنين، وكذلك الشرط الأهم أن يكون تقدم المدمن من تلقاء نفسه للعلاج قبل إقامة الدعوى العمومية ضده، وهذا العذر تأخذ به الكثير من التشريعات المعاصرة من بينها التشريع الفرنسي والكثير من التشريعات العربية.[2]

وكذلك المشرع اللبناني أيضا نص في قانون رقم 673 المؤرخ في 1998/03/26 المتضمن قانون المخدرات على أن المدمن يخضع إلى مجموعة التدابير العلاجية منصوص عليها في المادة 182، والتي

1- ارجع المادة 06 من القانون 18/04 الجزائري سالف الذكر.

2- أنظر: محمد فتحي عيد ،مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية، الرياض 1988، ص109-110.

تشمل العلاج الكامل من التعاطي والإدمان على المخدرات، وعلى نفس نهج المشرع المصري فإن المصحات والمراكز المخصصة للعلاج تقبل المدمن بعد إعلام اللجنة المختصة بذلك الأمر.[1]

ثاني ا/ العلاج الإجباري:

الأصل أن يكون علاج المدمنين اختياريا، والاستثناء أن يكون إجباريا، وذلك لأن الرغبة الصادقة في العلاج هي التي تستطيع أن تكبح جماح الاشتياق الجارف للمخدر، ومن ثم فلا يجوز الإجبار في العلاج إلا في حالات الضرورة القصوى حيث يكون الإجبار هو الطرق الوحيد والملاذ الأخير.

والعلاج الإجباري معناه إيداع المدمن في مصحة حتى تمام الشفاء، وهو إجراء إداري مماثل لإجراء إيداع المجنون في مستشفى الأمراض العقلية، ولكن هذا الأخير يختلف عن تدابير الإيداع في مصحة لعلاج المدمنين المنصوص عليه في كثير من قوانين مكافحة المخدرات (الجزائر، مصر، فلسطين سوريا، الولايات المتحدة الأمريكية، الكويت، لبنان، فرنسا، ليبيا) كجزاء جنائي لجريمة استهلاك المخدرات، وهذا الجزاء الجنائي لا يتقرر إلا بحكم قضائي جنائي، ولا يطبق إلا على شخص ثبت ارتكابه لجريمة استهلاك المخدرات، ويخضع لذات الضمانات والمبادئ التي تتمتع بها العقوبات إلا ما تعارض منها مع طبيعته، وبذلك فهو يعتبر كالعقوبة من حيث الخضوع لمبدأ انتفاء الأثر الرجعي أو الضمانات الإجرائية التي يخضع لها.[2]

ويختلف التدبير عن العقوبة في كون الحكم القاضي به لا يحدد مدته، وان اقتصر على تحديد بداية تطبيقه، لأن انتهاء مدة التدبير مرتبط كما ذكرنا سابقا بتمام العلاج، وفي ذلك يقترب تدبير العلاج من العلاج التلقائي أو العلاج الإجباري.

وتظهر حالة العلاج الإجباري في القانون 18/04 في الأمر بالعلاج المزيل للتسمم الذي يصدره قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث وقاضي الحكم، دون أن يذكر الجهة التي تطلب العلاج.

ولقد أصدر المشرع الجزائري القرار المؤرخ في 08 جويلية 1984 القاضي بإجبارية التبليغ عن حالات المدمنين، والموجه خصوصا للأطباء والصيادلة، والتي جاء في إطار الأمراض الواجب الإبلاغ عنها، والذي ألغى العمل به بصدد القانون 18/04.

1- أنظر: غسان رباح، مرجع سابق، ص226.

2- أنظر: محمد فتحي عيد، مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخد رات ،المرجع سابق، ص111.

وما نلاحظه أن المادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 229/07 سالف الذكر قد أزالت اللبس فالتدابير العلاجية تطبق على المستهلك كما هو الحال على المدمن، فيودع المتهم المدمن في مركز علاج لإزالة التسمم، أما المستهلك المعتاد فيوضع تحت المراقبة الطبية للمدة الضرورية المقررة للفحص الطبي.[1]

وتختلف أساليب العلاج الإجباري من دولة إلى أخرى، فكثير من التشريعات تستلزم أن يكون المدمن خطرا على نفسه أو على الآخرين أو يعاني من اضطراب نفسي أو تدهور عقلي كي يخضع للعلاج الإجباري كالصومال وانجلترا.

وهناك دول تكتفي بثبوت إدمان الشخص على المخدر، وهذا الثبوت يتطلب كشفا طبيا مثل كندا وتونس واندونيسيا وماليزيا، وهناك دول تطبق العلاج الإجباري في جميع الحالات التي يكون فيها المدمن حتى ولو كان مرتكب لجريمة نتيجة الإدمان، فمثلاً يوغسلافيا لم تدرج في قانون العقوبات الخاص بها المعدل في 17 فب ارير 1973 تجريم استهلاك المخد ارت بكافة أنواعها، وفرضت العلاج الإجباري على مدمني هذه السموم في حالة ارتكابهم لجنايات.[2]

وهناك أيضا القانون العربي الموحد النموذجي للمخدرات الذي صدر عن مجلس وزراء الداخلية العرب في دورته الرابعة التي عقدت في الدار البيضاء(4-5 فب ارير 1986) والتي تستهدي به الدول الأعضاء عند وضعها قانونا جديدا للمخدرات، أو عند تعديل قانون المخدرات الساري فيها، وهذا الأخير أخذ بالعلاج الإجباري لمدمني المخدرات، وأحاطه بالضمانات التي تكفل عدم إساءة استخدامه.[3]

وكذلك يحق لكل مدمن على المخدرات أو لوالديه أو للوصي أو للولي أو لأحد الزوجين أن يطلبوا من المراكز المتخصصة لمعالجة المدمنين إخضاع المدمن لتدابير العلاج الجسماني والنفساني من أجل علاج مرض الإدمان على المخدر. [4]

1- أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص118.

2- أنظر: زولي سهام، مرجع سابق، ص60.

3- أنظر: محمد فتحي عيد، مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات ،المرجع سابق، ص113.

4- أنظر: غسان رباح، مرجع سابق، ص227.

الفرع الثاني : مدة العلاج

إن استجابة الأشخاص كقاعدة عامة لبرنامج العلاج من الإدمان تختلف وفق عدة عوامل، لعل أهمها هو انتظام الشخص على العلاج داخل المصحة، وكذلك عدم سعي الشخص لتهريب المخدر داخل المصحة.

وتختلف مدة العلاج حسب حالة كل شخص، إذ لا تتجاوز 45 يوما بالنسبة للمستهلك الذي لم يصل إلى حد الإدمان، لكن الأمر يختلف بالنسبة للمدمن الذي يتطلب علاجه مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر، وقد تصل إلى سنة عندما تكون ظروفه صعبة.[1]

والمشرع الجزائري لم يحدد مدة معينة للعلاج، وترك هذا الأمر إلى الطبيب المعالج الذي يقدر مدة العلاج حسب وضع الشخص والحالة التي وصل إليها من الإدمان، ولقد حسن كذلك المشرع فعله عندما لم يحدد مدة العلاج، وترك هذه المسألة لأصحاب الاختصاص ألا وهو الطبيب المعالج في العيادات الخارجية، أو ما تقرره المصحة كمدة للشفاء أو اللجان المختصة في ذلك.

غير أن ما يعيب على عدم تحديد مدة العلاج يجعل قضايا استهلاك المخدرات معلقة لأجل غير محدد، فإذا لم يكمل المستهلك أو المدمن على المخدرات علاجه حتى الشفاء، فستنطق عليه العقوبة المقررة في المادة 12 من القانون 18/04، ولذلك وجب إجراء دراسة وأبحاث لمعرفة متوسطة مدة العلاج حسب طبيعة المخدر المستهلك، فالإدمان على القنب الهندي تختلف مدة علاجه عن مدة علاج الإدمان على الكوكايين أو الهيروين أو مختلف المؤثرات العقلية، فلكل واحدة منها درجة من التبعية، لذلك على القاضي أن يجري خبرة يحدد من خلالها المدة المفترضة لعلاج المدمن المستفيد من تدبير الإيداع بالمصحة، فيعتبر خطأ في تطبيق القانون قيام القاضي بتحديد فترة العلاج دون الرجوع إلى المختصين بذلك الأمر.[2]

وتنتهي مدة إيداع المدمن بالمصحة التي يتعالج فيها حسب تقرير المحكمة، ويكون ذلك بناء على تقرير عن حالته من الطبيب المعالج طبقا لأحكام المادة 10 فقرة 02 من القانون 18/04 والتي تنص على ما يلي: " .... **يعلم الطبيب المعالج بصفة دورية السلطة القضائية بسير العلاج ونتائجه.**"...

1- أحمد بن سراج، مركز الوقاية والعلاج النفسي في مصر ،ارجع: الموقع الإلكتروني:
https://www.djazairess.com/elhiwar/32470،تاريخ الاطلاع: 2020/08/10، 23:20.

2- أنظر: بن عبيد سهام ،المرجع سابق، ص120.

وبالتالي على الطبيب المعالج الالتزام بذلك الأمر حتى يتم اتخاذ القرار المناسب عن الاقتضاء خاصة إذا كانت القضية لا تزال مطروحة أمام قاضي التحقيق أو الأحداث.[1]

والمشرع المصري يتماشى مع نفس مبدأ المشرع الجزائري، فالمادة 37 فقرة 06 من قانون المخدرات المصري تنص على أنه: " .... يبقى بالمصحة إلى ان تقرر اللجنة المشار إليها بالفقرة الثالثة الإفراج عنه، ولا يجوز أن تقل مدة البقاء في المصحة عن ستة أشهر ولا تزيد على سنتين وفي حالة مغادرة المريض للمصحة قبل صدور قرار اللجنة المذكورة يلزم بدفع نفقات العلاج ويجوز تحصيلها منه بطريق الحجز الإداري."

وبذلك يفهم من نص هذه المادة أن اللجنة المختصة هي التي تحدد انتهاء مدة إيداع المدمن أو المستهلك بالمصحة، وذلك بقرار من وزير الصحة العامة بفحص الحالة العلاجية للمدمن[2]

وينتهي الإيداع بالمصحة في حالة شفاء المدمن وذلك بتقرير من الطبيب المعالج أو اللجنة المختصة التي تشرف على علاج المدمن، وكذلك في حالة إلغاء وقف تنفيذ العقوبة، ويتم إلغاء هذه الأخيرة في حالة إذا انتهت المدة القصوى المقررة له قبل شفاءه، أو إذا خالف المدمن الواجبات المفروضة عليه لعلاجه.[3]

وكما ذكرنا سابقاً أنه في حالة عدم امتثال الدمن للعلاج عمداً أو تهرب منه، فإنه تلقائياً تطبق عليه العقوبات المنصوص عليها في المادة 12[4] من القانون 18/04 وذلك طبقاً لأحكام المادة 09 من نفس القانون.[5]

1- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا، مرجع سابق، ص49.

2- أنظر: محمد فتحي عيد، مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات، مرجع سابق، ص109.

3- أنظر: مصطفى مجدي هرجة، جرائم المخدرات في ضوء الفقه والقضاء، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية 1992، ص220.

4- تتمثل العقوبات المنصوص عليها في المادة 12 من القانون 18/04 الجزائري السالف الذكر بالحبس من شهرين إلى سنتين وبغرامة من 5000 إلى 000.50 د.ج أو بإحدى العقوبتين كل شخص يستهلك من أجل الاستهلاك الشخصي مخدرات أو مؤثرات عقلية بصفة غير مشروعة.

5- تنص المادة 09 من القانون 18/04 السالف الذكر على أنه:" تطبق العقوبات المنصوص عليها في المادة 12 من هذا القانون على الأشخاص الذين يمتنعون عن تنفيذ قرار الخضوع للعلاج المزيل للتسمم، دون الإخلال بتطبيق المادة" 7" أعلاه من جديد عند الاقتضاء."

المبحث الثاني: دور أجهزة مكافحة المخدرات وعلاج مدمنيها

إن آفة المخدرات بشكل عام تعتبر من أكبر المشكلات وأخطرها في عصرنا الحالي، وذلك لأنها تستهدف الفئة الأكثر حيوية في المجتمع وتتسبب في أضرار لا تقتصر فقط على المتعاطي والمدمن، وإنما على المجتمع بأكمله، حيث جلبت اهتمام الرأي العام المحلي والعالمي من خلال التفكير في وضع إستراتيجية دولية وقائية ناجعة، ولذلك جعلت الدول في العالم وعلى رأسها الجزائر وجود مؤسسات ومراكز ولجان مختصة لمكافحة المخدرات ومعالجة مدمنيها.

كما أن وجود مراكز لمعالجة المدمنين من الأمور المهمة التي تساعد في علاج الإدمان والقضاء عليه، بحيث أنه يتم علاج المدمنين على عدة مراحل ابتداء من علاج طبي ومن ثم علاج نفسي واجتماعي وصولا إلى تقديم رعاية للمدمن من أجل إعادة إدماجه في المجتمع، كما أنه يمكن علاجه عن طريق وسائل أخرى ابتكرها علم النفس الجنائي ومجموعة من العلماء والباحثين في علاج الإدمان كالتحريض الكهربائي والوخز بالإبر الصينية والجراحة.. الخ.

وهذا ما سنبحث به خلال مبحثنا هذا، بحيث قسمناه إلى مطلبين، خصصنا المطلب الأول لنبحث بدور المؤسسات المختصة بمكافحة المخدرات والإدمان عليها، وخصصنا المطلب الثاني لنبحث في المراكز المتخصصة لعلاج الإدمان على المخدرات.

المطلب الأول: المؤسسات المختصة بمكافحة المخدرات والإدمان عليها

لقد عملت جهود كثيفة في الجزائر وعلى مستوى العالم للتصدي لهذه الظاهرة، فالجزائر ليست بمنأى عن هذا الخطر الذي يهدد كيان مجتمعها، مما جعل السلطات العمومية تنشئ مؤسسات مختصة لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.

أنشأت هذه السلطات لجنتين وطنيتين لمعالجة ملف المخدرات، كانت الأولى عام 1971 والثانية عام 1992 وصولا إلى إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، وهذا ما يعكس وجود إرادة سياسية قوية لمكافحة الظاهرة والوقاية منها.

وهذا ما سنبينه خلال مطلبنا هذا، بحيث خصصنا في الفرع الأول اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات، ومن ثم خصصنا في الفرع الثاني الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.

الفرع الأول اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات

تتكون اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات من لجنتين، الأولى تم إنشاؤها في عام 1971، والثانية تم إنشاءها عام 1992، سنتناول هذه اللجان كما يلي:

أولاً/ اللجنة الوطنية الأولى لمكافحة المخدرات لعام 1971

أنشأت اللجنة الوطنية الأولى لمكافحة المخدرات بموجب المرسوم رقم 198/71 المؤرخ في 15 جويلية 1971، يتضمن إحداث لجنة وطنية للمخدرات، والتي تتضمن 9 مواد إستنادا إلى الاتفاقية الدولية الوحيدة حول المخدرات سنة 1961، حيث تعتبر لجنة وزارية مشتركة توضع تحت وصاية و زير الصحة العمومية، وهي تضم ممثلي عن القطاعات العمومية التالية: قطاعات الصحة، العدالة، العمل، الشؤون الخارجية، مصالح الأمن، وأوكلت لها مهام دراسة الاتفاقيات والبروتوكولات الدولية المتعلقة بالمخدرات وتصور آليات تطبيقها في الجزائر والبحث عن الإجراءات الضرورية لمكافحة الاتجار والتداول غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية، وكذلك اقتراح سبل الوقاية الناجعة والمشاركة عند الضرورة في التربية الصحية وتنظيم حملات في إطار مكافحة هذه الظاهرة[1]

ثانياً/ اللجنة الوطنية الثانية لمكافحة المخدرات لعام 1992:

وبعد ذلك تم صدور المرسوم رقم 151/92 المؤرخ في 14 أبريل 1992 لمكافحة المخدرات والإدمان عليها الذي يتضمن 11 مادة، ومن بين المهام التي كلفت بها ما يلي:

- تحليل مجموعة العوامل التي لها علاقة باستعمال المواد ذات الطابع التخديري والإفراط في استعمالها.
- اقتراح الإجراءات الصحية والاجتماعية لتقليص من العرض والطلب عليها.
- تنظيم ملتقيات وحملات للتكوين والإعلام حول أنظار المخدرات.

وفي سنة 1993 تقدمت اللجنة بمقترحات تحددت من خلالها المحاور الكبرى للإستراتيجية الوطنية في محاربة المخدرات بوضع قانون خاص يتناول موضوع المخدرات من جميع جوانبه، حيث قام أفواج

1- أنظر :سحالي فاطمة الزهراء وزرمان رنا، جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية في ظل القانون 18/04، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص قانون عقوبات وعلوم جنائية كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة ،2018، ص70.

العمل واللجان المشتركة بين القطاعات على دراسة الظاهرة، وأعدت بشأنها تقارير تتضمن إنشاء هيئة وطنية متخصصة ومؤهلة تشرف على إعداد سياسة وطنية للتصدي لهذه الآفة الخطرة، ثم من خلالها التوصل لإنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.[1]

الفرع الثاني: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها

ساهمت التحولات الاجتماعية والسياسية، والتوجه نحو اقتصاد السوق الذي عرفته الجزائر خلال السنوات الأخيرة في إحداث شرخ داخل المجتمع الجزائري بانتشار البطالة؛ وذلك نتيجة لتسريح العمال وكذا التسرب المدرسي لقلة الإمكانيات المادية للأسر، وصاحب ذلك انحسار في قيم الدفاع الذاتي للمجتمع، ليفسح المجال لانتشار مختلف الآفات الاجتماعية وعلى رأسها متعاطي المخدرات والمدمنين عليها خاصة في أوساط الشباب، والتي لم تعد حكرا على إحياء المدن الكبرى، بل تفشت عبر مختلف مدن وولايات الوطن.

وأمام استفحال الظاهرة، تم تنصيب هيئة مختصة في تكفل ومتابعة قضايا المخدرات، مثل الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها الذي نصب بتاريخ 02 أكتوبر 2002، وجعل من مهامه الأساسية رسم سياسة وطنية للوقاية ومكافحة المخدرات ومتابعة تنفيذها، بالتعاون والتنسيق مع القطاعات الوزارية المعنية كذا الهيئات والجمعيات العاملة في ميدان مكافحة المخدرات والإدمان عليها.

أولا/ مهامه:

تتلخص مهام الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها وفقا للمادة 04 من مرسوم إنشاءه فيما يلي:

- التنسيق ومتابعة النشاطات التي تقوم بها القطاعات المعنية.
- تقديم تقارير الحكومة عن النتائج المسجلة في ميدان مكافحة المخدرات.
- انتقاء وجمع المعلومات التي تسهل عمليات البحث والوقاية ومكافحة الاتجار بالمخدرات.
- تقييم النتائج المحصل عليها من أجل مساعدة السلطات العمومية في اتخاذ القرار.
- اقتراح التدابير الضرورية في مجال التشريع الخاص بمكافحة المخدرات والإدمان عليها.

1- أنظر: حسين طاهري، جرائم المخدرات وطرق محاربتها، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر ،2013، ص21.

- **ثانيا/ تنظيمه وسيره:**

يشرف على إدارة الديوان مدير عام بمساعدة أمين عام ويضم ثلاث مديريات بالإضافة إلى لجنة التقييم والمتابعة التي تعد شريكا في تطبيق المخطط التوجيهي الوطني لمكافحة المخدرات أو ما يعرف حاليا بالإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات.[1]

وتوجد لدى الديوان لجنة التقييم والمتابعة، تتكون من القطاعات الوزارية والهيئات والجمعيات التالية:

- وزارة الشؤون الداخلية والجماعات المحلية.
- وزارة الشؤون الخارجية
- وزارة العدل.
- وزارة الدفاع الوطني.
- وزارة المالية.
- وزارة الاتصال والثقافة.
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- وزارة السياحة.
- وزارة العمل والضمان الاجتماعي.
- وزارة التشغيل والتضامن الوطني.
- وزارة الشباب والرياضة.
- وزارة الشؤون الدينية والأوقاف.
- وزارة التربية الوطنية.
- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
- المديرية العامة للأمن الوطني.
- قيادة الدرك الوطني.

1- أنظر: غازلة خاير، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، مجلة الوقاية والمكافحة، ع،00، 2011-2015مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر، العاصمة ،2011، ص06.

- المديرية العامة للجمارك.
- وأربع(04) جمعيات ذات طابع وطني(ONG).[1]

أما فيما يخص المخططات التوجيهية الوطنية لمكافحة المخدرات، فإن إعداد هذا المخطط كان إحدى المهام الأساسية التي أولها الديوان الأولوية والاستعجال بعد تنصيبه مباشرة في أكتوبر 2002، فبعد تعديل النصوص المنشئة للديوان وتنصيب لجنة التقييم والمتابعة، هذه الأخيرة تعتبر هيئة استشارية، بحيث عقدت عدة اجتماعات خصصت لإعداد مشروع المخطط التوجيهي الوطني تطبيقا للمادة الرابعة من المرسوم التنفيذي 212/97 المتضمن إنشاء الديوان، بحيث أنه يتكفل الديوان بالتعاون مع القطاعات المعنية بإعداد السياسة الوطنية واقتراحها بمكافحة المخدرات وإدمانها في مجال الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج والقمع والسهر على تطبيقها.[2]

إن مضمون السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات حددها المخطط التوجيهي في مستويات وهي:

1-المستوى المعياري : بحيث أنه دعا إلى إحياء مشروع القانون المتعلق بالاتجار غير المشروع بالمخدرات من أجل تحقيق هدف مزدوج :

- تكييف التشريع الجزائري مع المتطلبات الحديثة في مجال مكافحة المخدرات.
- جعل التشريع الجزائري متطابقا مع المعاهدات الدولية، وخاصة منها معاهدة 1988.
- تقنين إجراءات حرق المخدرات والمؤثرات العقلية.
- مراجعة آليات المراقبة المتعلقة بنشاط إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار فيها وتخزينها.[3]

2-المستوى العملي:

أ.**الوقاية:**دعم النشاطات الذي شرعت في القيام به الدوائر الوزارية المختلفة والمنظمات المعنية في إطار البرامج المطبقة خلال السنوات الأخيرة وبصفة خاصة:

- تكوين الموظفين المتخصصين التابعين للصحة والتربية والعدالة والجماعات المحلية.

1- انظر: دريفل سعدة ولؤي عبد الكريم السلطان ،المرجع سابق، ص92.

2- أنظر: غزالة خاير ،المرجع سابق، ص08.

3- Stratégie nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie , 2011-2015, E-mail : on.cdt.revue@gmail.com, 23/08/2020 , 10 :17.

- إدراج مواضيع التوعية بمخاطر المخدرات في البرامج التربوية وفي خطب المساجد.
- دعم قدرات تدخل مراكز إعلام الشباب.
- القيام بنشاط إعلامي وتحسيسي واسع يغطي أكبر الفضاءات والأوقات الممكنة، بإشراك كل وسائل الإعلام ومتعاملي المجتمع المدني ومراكز صناعة الرأي وغيرها.
- دعم مراكز المعالجة، وإنشاء مراكز جديدة في المدن الكبرى.
- إنشاء مراكز النقاهة وإحداث شبكة لإدماج المدمنين.

ب .القمع:

- دعم وسائل تدخل مصالح المكافحة (المتابعة والمراقبة) وخاصة على مستوى الحدود.
- التكفل بعمليات التكوين المتخصصة من قبل الأجهزة الدولية لفائدة الموظفين المعنيين في إطار مكافحة المخدرات.

القيام بدورات تدريبية قصيرة المدى لفائدة المحققين حول طرق تشخيص وتحليل المخدرات وتفكيك الشبكات والمنهجيات المطبقة على عمليات التوريد المراقب، فقد تبنت قيادة الدرك الوطني الجزائرية إستراتيجية لمحاربة الظاهرة وتقديم أطرافها للعدالة، وذلك بإنشاء خلية لمحاربة الجريمة المنظمة تعمل بالتنسيق مع فصائل الأبحاث.

- دعم مخابر التحليل العلمي للمخدرات من أجل تحسين معرفة المنتجات وتركيباتها الكيميائية وتأثيراتها.[1]

3-على مستوى التعاون الدولي:

- المشاركة في الملتقيات التي تنظم حول المخدرات والإدمان عليها.
- الاستفادة من بطاقة الإنتربول والأوروبول الخاصة بكبار مهربي المخدرات أو ما تؤكده التقارير الدولية.
- دعم التعاون مع المؤسسات الجهوية والدولية والتماس دعمها خاصة في إطار الميزانيات الممنوحة لإفريقيا NEPAD.
- تشجيع وتطوير التبادل بين الجمعيات غير الحكومية في مجال المخدرات، ومن أهم هذه الجمعيات " جمعية الشباب العالمية" التي تأسست عام 1949، وهي هيئة تنسيقية دولية لمجالس ومنظمات الشباب الوطنية في جميع أنحاء العالم، وتعمل هذه الجمعية وخاصة على مستوى القواعد الشعبية في المجتمعات

1- أنظر: دريغل سعدة ولؤي عبد الكريم السلطان، مرجع سابق، ص95.

من خلال البرامج المقدمة للحد من انتشار العقاقير المخدرة، وترى أن تخفيض الطلب هو المفتاح إلى الوقاية من انتشار تعاطي المخدرات والإدمان عليها.[1]

المطلب الثاني :المراكز المتخصصة لعلاج الإدمان على المخدرات

إن الهدف من تعدد الأجهزة المكلفة بعلاج مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية واضح ومباشر ألا وهو مساعدة المدمنين على علاجهم بأي درجة كانت.

وبما أن هذه الظاهرة تعتبر من أخطر وأكثر الظواهر انتشارا، جعل المشرع لها مراكز تعالج المتورطين فيها بدلا من فرض عقوبة عليهم، لأن الإدمان يعتبر مرض أكثر ما هو جريمة، ولذلك أكد علماء النفس والاجتماع والقانون أن العقوبة غير مجدية وحدها للوصول إلى الحد من هذه الظاهرة.

وبناء على ذلك، سنتناول في هذا المطلب أنواع هذه المراكز (الفرع الأول)، ومن ثم المراحل التي تتم فيها علاج المدمن في هذه المراكز (الفرع الثاني).

الفرع الأول: أنواع المراكز العلاجية

لقد نصت المادة 10 من القانون 18/04 على ما يلي: "**يجري علاج إزالة التسمم المنصوص عليه في المواد السابقة إما في مؤسسة متخصصة، وإما خارجيا تحت مراقبة طبية.**

يعلم الطبيب المعالج بصفة دورية السلطة القضائية بسير العلاج ونتائجه.

تحدد شروط سير العلاج المذكور بقرار مشترك بين وزير الداخلية والجماعات المحلية ووزير العدل حافظ الأختام، والوزير المكلف بالصحة".

يفهم من نص هذه المادة أن المشرع أخضع شروط علاج إزالة التسمم لوجوب صدور قرار مشترك عن وزير الداخلية ووزير العدل وزير الصحة، ويتم العلاج إما في مؤسسة مختصة يقيم فيها المدمن لغاية شفاءه، أو خارجا بواسطة المراقبة الطبية، وهذا بالحصول على الأدوية المقررة للعلاج، والرجوع إلى الطبيب المعالج دوريا قصد الرقابة واستكمال العلاج عن الاقتضاء.[2]

وتتمثل أنواع المراكز المخصصة لعلاج المدمنين فيما يلي:

1- أنظر: الإستراتيجية الجزائية والصحية في معالجة الإدمان على المخدرات ،مرجع سابق، ص09.

2- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا، مرجع سابق، ص49

أولاً / مراكز العلاج الخارجي:

وهي مراكز تتضمن استقبال الأشخاص وإعلامهم وتوجيههم، وكذا مرافقة المحيطين به، وإقامة الفحوص الطبية والمتابعة النفسية والمرافقة الاجتماعية والتربوية الملائمة لكل وضعية، كما تتكفل بالفطام عن طريق المتابعة المتنقلة ومرافعتهم عندما يتم في وسط استشفائي.[1]

ثاني اً/ المراكز المتخصصة:

يقصد بالمراكز المتخصصة هي تلك المراكز التي تتوافر فيها وسائل الإيواء الجماعي وتستقبل لمدة محدودة أشخاصا في حالة فطام، يتم التكفل فيها بالمدمنين ابتداء من إحداث القطيعة مع استعمال المواد غير المشروعة واستعادة التوازن الشخصي وتسهيل إعادة الإدماج الاجتماعي والمهني للمدمنين.

أما فيما يخص المراكز المتخصصة الموجودة داخل المؤسسات العقابية، فهي مكلفة بالتكفل الطبي والنفسي لمستعملي المخدرات المحبوسين، وتحضير خروجهم، وإعادة إدماجهم الاجتماعي بالتنسيق مع الهياكل الخارجية، وهي موضوعة تحت سلطة الممارس في المستشفى المسؤول داخل الوسط العقابي أو ما يعرف بالحبس.[2]

ثالث اً/ مراكز علاجية بالإقامة (المصحات):

عند الحديث عن علاج الإدمان، لا بد من إدراك أن هذا الأمر ليس سهلاً تماما، ويجب أن يتم

(غالباً) تحت الإشراف المباشر، وفي مكان صالح لذلك، فالمراكز العلاجية التي تكون بإقامة (المصحات) تعتبر هي المكان الأنسب لذلك، فهناك يتم علاج كل مدمن بالطريقة المناسبة للعقار الذي أدمن عليه، وبما يتناسب مع شخصيته وحجم إدمانه ومداه. ففي المصحات تدرس حالة كل مدمن على حدة، وتجرى له معالجة نفسية خاصة به تحت إشراف أطباء مختصين، كما تجرى له معالجة جسدية عامة ويعطى الفيتامينات والمقويات ويزود بأطعمة مغذية وذلك لأن معظم المدمنين يكونون بوضع صحي متردٍ. [3]

1- أنظر :بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص132.

2- (أنظر: المجتمع المدني.. رهان وآفاق استراتيجية مكافحة المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها ع.01، 2015، مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر، العاصمة ،2015، ص16.

3- أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق، ص331.

ويقصد بالمصحات الأماكن التي يحتجز فيها مدمن المخدرات طيلة فترة علاجه، وقد تكون بأجر وهي العيادات الخارجية، أو بدون أجر وهي تابعة للدولة، وهذه الأجهزة تهدف إلى تخليص الجسم من الإدمان ومن سموم المخدرات من قبل أطباء مختصين.[1]

ويقصد بالعلاج تطهير الجسم من السموم وازالة السموم من الجسم، وهي العملية التي تتم بواسطتها انتزاع المدمن من اعتماده العضوي على المخدر ليخضع بعد ذلك إلى برنامج علاجي متكامل يؤدي إلى شفاءه نهائياً.[2]

وكذلك عرف القانون 18/04 في مادته الثانية العلاج من الإدمان على أنه: " **هو العلاج الذي يهدف إلى إزالة التبعية النفسانية أو التبعية النفسية الجسمانية تجاه مخدر أو مؤثر عقلي.**"

ولقد أسند التكفل بالمدمنين خلال السبعينات من القرن الماضي لأطباء الأمراض العقلية في المستشفيات، ثم أنشأت مراكز متخصصة بها أطباء للأمراض العقلية وممرضين.

ولا تتمثل تقنيات التدخل لدى المدمنين في تربيتهم أو تقويمهم، بل في إعادة الثقة إليهم بهدف التحدث معهم والتقليص من معاناتهم، وإعطائهم علاجاً نفسياً.[3]

وتتميز المصحات أنها تضمن المتابعة الدائمة وتجعل المريض تحت الرعاية المركزة بشكل مستمر ويصعب عليه تفادي العلاج أو الفرار، على العكس من البقاء في المنزل والتردد على العيادة أو المستشفى.

وفي المصحات يتقرر حجز المدمن لفترة زمنية تحددها الاعتبارات القانونية إذا تم التحويل عن طريق القضاء، أو طبيا إذا تم الدخول طواعية، وفي هذه المصحات يجب أن يكون هناك فصل تام بين أقسام الحالات المحولة من المحكمة، وأخرى لاستقبال الحالات الواردة على أساس التطوع، كما يجب تجنب معالجة متعاطي المخدرات والمدمنين في مصالح الأمراض النفسية والعقلية كما ذكرنا سابقا، وهذا بسبب النظرة السلبية للمواطنين اتجاه الأمراض العقلية والعصبية التي تدفع بالمتعاطين والمدمنين إلى النفور من الخضوع للعلاج خوفاً من نظرة المجتمع، إضافة إلى أن معالجة المدمنين في المصحات العقلية سيسهل

1- أنظر: مليكة شريط، مكافحة جرائم المخدرات بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم الإسلامية تخصص شريعة إسلامية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي ،2014، ص88.

2- أنظر: طيبي جمال الدين وجدة أسماء، مرجع سابق، ص76.

3- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا، مرجع سابق، ص27.

نقل الأدوية النفسية من عنابر الأمراض العقلية إلى عنابر علاج الإدمان لتقديمها إلى المدمنين المحجوزين تحت العلاج.[1]

ولقد سعى المشرع في بناء هذه المصحات من أجل تزويد الدمن بعلاج آمن واستثنائي يساعده في مواجهة المراحل المبكرة لعملية التوقف عن التعاطي، وكذلك إحاطة المدمن ببيئة تشجعه على الالتزام بالدخول بعد ذلك في برنامج طويل للعلاج الشامل، بحيث أنه ثبت أن عدد المدمنين الذين يستطيعون التوقف فعلاً من التعاطي بعد اجتياز عملية إزالة التسمم قليل جدا، مما يستوجب إنهاء العملية والوصول بها إلى النهاية المقررة لها عمليا وفق برنامج علاجي متكامل.[2]

وبذلك تتم عملية إزالة السموم من الجسم عن طريق الدخول لهذه المصحات، أو عن طريق التردد على العيادات الخارجية، ويقصد بهذه الأخيرة قيام المدمن بالتردد على هذه العيادة على فترات محددة، ولا يشترط في هذا النوع من الخدمة الطبية أن يكون له استقلاله عن سائر العيادات الخارجية المختصة برعاية الأمراض الباطنية والنفسية.

بالإضافة إلى ذلك، فإنه ينبغي توفر قدر معقول من التدريب للعاملين الأطباء وأعضاء الفريق العلاجي جميعا، ويمكن أن توضع في هذا الصدد برامج تدريب محددة تقتصر على العناصر الجوهرية في

الرعاية، على أن تتبع في هذا المجال نظام دوارات التدريب المستمرة، بحيث يتعرض كل عامل في الميدان لدورة تجدد له مهارته في ذلك الأمر.[3]

وما نلاحظه بالنسبة للمصحات ومراكز العلاج تضمن للمدمن ثلاث أمور مهمة ألا وهي المجانية والسرية والطابع الإرادي لمسعى العلاج، والإعلان عن المجانية والسرية هدفه حث السعي الإرادي لدى المدمن، ويخضع اختيار نوع العلاج لرقابة الأطباء المتخصصين، حتى وان كان المدمن حرا في اختيار العلاج الذي يريده، إلا أن الطبيب له الكلمة الأخيرة في مراقبة مدى ملائمة العلاج المختار، وحسب أطباء الأمراض العقلية، فإن هذه الحرية شرط أولي لا بد منه لكل علاج ضد التسمم، والذين لا يقبلون أن يكون

1- أنظر: بوخالفة توفيق وسليم حمزة، السياسة العقابية في مجال مكافحة المخدرات، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في القانون الخاص، تخصص قانون العقوبات والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، جامعة قسنطينة -1-، 2017، ص68.

2- أنظر: نصر الدين مروك، مرجع سابق، ص603-604.

3- أنظر: جيماوي فوزي، السياسة الجنائية لمكافحة المخدرات في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في القانون الجنائي والعلوم الجنائية، كلية الحقوق – بن عكنون-، جامعة الجزائر -1-، 2013، ص66.

العلاج النفساني الطبي مفروضا ولذلك يبقى الأخصائيون مترددون بخصوص مدى فعالية أوامر العلاج والتي تعتبر كأنها ضد المسعى الإرادي للعلاج.

وكذلك تضمن المصحات السرية للمدمن، بحيث أنها تسمح لهذا الأخير بالتوجه بسهولة إلى مراكز العلاج، لكن من الصعب احترام هذا المبدأ، في حين تسهل المجانية في الحصول على العلاج بالنسبة للمدمنين غير المؤمنين اجتماعيا.[1]

وتبذل الجزائر في إطار سياستها لمكافحة المخدرات جهودا حثيثة من أجل توفير مراكز العلاج وإزالة التسمم، وكذا المراكز البينية لعلاج المدمنين، فبالنسبة لمراكز الوقاية وعلاج المدمنين أنشأ واحد بالبليدة سنة 1990 وآخر بسيدي الحشمي سنة 1997، وكذلك أنشأت ثلاث مراكز بنيية، مركز الرازي في عنابة سنة 1999، ومركز بسطيف، ومركز بباب الوادي بالجزائر سنة 2004.[2]

ولقد انطلقت الجزائر في عام 2008 إنجاز 15 مركزا متخصص المعالجة المدمنين و53 مركزا بينيا لعلاج المدمنين، موزعين عبر ولايات الوطن[(3)]، وبذلك لا بد من ضرورة الترويج الإعلامي الدائم لهذه المراكز حتى يتسنى للجميع التعرف عليها والاطلاع على مهامها، وخاصة الذين يعانوا من الإدمان ويحتاجون للعلاج، ولذلك لا بد من تزويد هذه المراكز بالوسائل اللازمة، وتوفير أطباء وفرق ذوي كفاءات وخبرة عالية من أجل العلاج، وتوفير كذلك مخابر علمية من أجل التحاليل اللازمة، ومسك ملفات المرضى التي تحتوي على معطيات ومعلومات هامة تخص المريض مثل الأسباب الدافعة لإدمانه وظروفه المعيشية، وذلك حتى يسهل للفريق متابعة حالة المدمن بشكل مستمر ومعرفة حالته إذا كانت خطيرة أو مبكرة، وذلك من أجل تسهيل علاجه ومساعدته على الشفاء بأسرع وقت ممكن.[4]

1- أنظر: لحسين بن شيخ آث ملويا، مرجع سابق، ص28-29.

2- أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص135.

3- تجدون المراكز الوسيطة لعلاج مدمنين المخدرات على مستوى ولايات الجزائر في الملحق رقم -2-.

4- نصر الدين مروك، مرجع سابق، ص606.

الفرع الثاني :مراحل العلاج

لقد تطرقنا فيما سبق إلى تعريف العلاج، فهو كتعريف شامل يمكن القول بأنه جميع إجراءات التدخل الطبي والنفسي والاجتماعي التي تؤدي إلى التحسن الجزئي أو الكلي للحالة مصدر الشكوى وللمضاعفات الطبية النفسية المصاحبة، ولا بد أن لا نتجاهل شدة تعقيد الموضوع، إذ يرى الدكتور مصطفى سويف أن هناك الكثير من الأمور تتعلق بعلاج المدمنين لعل أهمها أن هل المدمن هو مريض أم مذنب؟ وان كان مريض فلما العقاب؟ وان كان مذنباً فلما العلاج؟

فالجواب هنا ليس بالسهل، فإذا أخذنا المرض بالمفهوم الطبي المعتاد فإن المريض ضحية للعنصر الفاعل في المرض (فيروس، ميكروب) وهو أمر لا ينطبق على الإدمان، لأن عنصرا أساسيا في مفهوم الإدمان يتمثل في السعي الإيجابي من جانب المدمن للحصول على العنصر الفاعل ألا وهو المخدر وإدمانه، ما يميزه عن المريض بالمعنى الطبي الأساسي، وهذا هو جوهر التفرقة بين المدمن والمريض فالمدمن مسؤول عن إدمانه من وجهة نظر المجتمع والقانون هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن وجه الشبه الرئيسي موجود أيضاً بينهما ألا وهو القهر الذي يقع به الضحية، فلا المريض ولا المدمن يستطيع التغلب على الحالة التي تستبد به إلا بتدخل عنصري خارجي ألا وهو التدخل العلاجي.[1] وعلاج المدمنين إجراء ضروري لإخراج من يتم شفاؤه منهم من دائرة الطلب على الجواهر المخدرة وكذلك إعادة تأهيلهم إجراء ضروري وأيضاً حتى لا يعودوا إلى تعاطي المخدرات مرة أخرى، وكذلك حتى يتمكن دمجهم في المجتمع من جديد.[2]

ويتخذ علاج المدمنين على المخدرات ثلاث مراحل:

أ ولاً / العلاج الطبي:

وهي طريقة تهدف إلى تحرير الفرد من الإدمان على المخدر أو العقار، وهو يعتبر المرحلة الأولى في العلاج، والعلاج الطبي لا يجب أن يكون عاما "نفس العلاج"، بل يجب أن يكون شخصيا، وذلك يرجع

1- مصطفى سويف، مرجع سابق، ص217.

2- أنظر: محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص252.

لكون التعاطي أو استهلاك المخدر يختلف من فرد لآخر باختلاف نوع المخدر ودرجة قوته، وباختلاف درجة التعاطي وعدد المرات والكمية المستعملة وغيرها.[1]

وبما أن المخدرات مواد سامة تؤثر مباشرة على عمل المخ، استوجب الأمر في بداية العلاج ما يسمى بتخليص الجسم من السموم أساسا والتخفيف من آلام الانسحاب وعلاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب، ويفضل في البداية حقن المريض ببعض المهدئات والمنومات والمسكنات مع متابعة دقيقة للوظائف الحيوية كضغط الدم وحركة التنفس وانتظام القلب، ويفضل إعطاء مضادات الصرع خاصة إن كان المريض مدمنا على العقاقير المهدئة.[2] ويمكن تلخيص أهداف العلاج الطبي فيما يلي:

- التهدئة العامة للمريض والقضاء على الأمراض التي أصابت المدمن نتيجة الإدمان على المخدر.
- العمل على الفطام التدريجي للمدمن على المخدر الذي أدمنه، وكذلك سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل الجسم للتأثير في سلوكياته.[3]
- علاج حالات الانقطاع المفاجئ عن تعاطي المخدرات والعقاقير الخطرة والأعراض الانسحابية، فالانقطاع عن تعاطي المخدرات يؤدي إلى أعراض انسحابية تعتمد على طبيعة العقار المتناول وشخصية المدمن.
- علاج حالات التسمم، ويكون باستخدام المستحضرات المضادة للإدمان، أو باستخدام مستحضرات لا تسبب الإدمان، أو بعدم إعطاء المدمن أي علاج حتى يمر بمرحلة المعاناة الجسيمة الشديدة، ويتغلب عليها لوحده، في حين يقتصر دور المعالج على متابعة التطورات الصحية ومعالجاتها في حالة الخطر، هذا ويتم علاج حالات التسمم جراء الإدمان على المخدرات، فمثلاً علاج حالات التسمم من الأفيونات يتم باستخدام الميثادون، فيعطى مرة أو مرتين يومياً وبجرعات تتناقص تدريجياً حتى تتوقف نهائياً بتحرر المريض من المخدر، ونفس الشيء بالنسبة لحالات التسمم الأخرى، فإنه يتم علاجها باستخدام أدوية ذات تأثير مضاد تتناقص تدريجياً حتى تتوقف نهائياً.[4]

1- أنظر: عمار مانع، العلاج النفسي الاجتماعي لظاهرة الإدمان على المخدرات، مجلة الحقيقة، العدد 40، المركز الجامعي مرسلي عبدالله بتيبازة، الجزائر ،2017، ص476.

2- أنظر: سعيدة بن عشي، رؤى حديثة في علاج الإدمان على المخدرات، مجلة الحقيقة ، العدد 26، جامعة خنشلة الجزائر ،2017، ص396.

3- أنظر: سعيدة بن عشي ،المرجع سابق، ص397.

4- أنظر: عبد الرحمان شعبان عطيات، مرجع سابق، ص234-235.

- ثاني أ/ العلاج النفسي والاجتماعي:

بعد تماثل المدمن للشفاء وتحسن حالته الصحية، تبدأ مرحلة العلاج النفسي والاجتماعي، حيث يتم توفير فريق متكامل من أخصائي الأمراض النفسية وباحثين اجتماعيين وممرضين نفسيين والقضاء على العوامل والمشاكل التي أدت إلى الإدمان مع العمل على تقوية الوازع الديني لدى المدمن، وكذلك توضيح الأضرار التي تسببها المخدرات له ولأسرته ولدينه ولمجتمعه، ثم علاج الاضطرابات النفسية التي نتجت عن الإدمان والمشكلات الأسرية من قبل الأخصائي الاجتماعي، ومن ثم يتم وضع برنامج تدريبي للمدمن من أجل إعادة ثقته بنفسه وتنمية المهارات الاجتماعية والتدريبية على عادات صحية يومية سليمة.[1]

ومن هنا تبرز أهمية العلاج النفسي والاجتماعي، والذي يهدف بصورة عامة إلى إعادة الثقة بالنفس لدى الفرد المدمن، وكذلك إلى إعادة الاعتبار إلى شخصيته وذاته كشخص، وكفرد مفيد في المجتمع الذي ينتمي إليه.

ويحرص المشتغلين في هذا الميدان على أهمية شعور المدمن بأنه يشارك في وضع العلاج المناسب له، وأنه جزء أساسي من عملية العلاج ككل، أي أنه طرف أساسي في العلاج، يشارك في وضع العلاج والخطة العلاجية بصورة إرادية، وأن العلاج يتم برغبته هو وليس مفروضاً عليه، وإذا لم يشعر المدمن بأنه طرف في العلاج، فإنه لن يستقبله وبذلك يكون الاحتمال الكبير لفشله.[2]

ويعمل العلاج النفسي على تعزيز الجوانب الإيجابية من شخصية المريض، وإعادة تأهيله لمواجهة مشكلاته، واتخاذ قراراته بنفسه، وتحمل مسؤولياته تجاه نفسه وأسرته ومجتمعه، فالعلاج النفسي يكون بهذه الطرق:

1- العلاج النفسي الفردي: بحيث أنه يقوم العلاج النفسي لكل مدمن على حدة، ويؤدي هذا العلاج عادة إلى نتائج إيجابية من حيث تبصير المريض بخصائص شخصيته وما انتابها من اضطرابات سلوكية نتيجة تعاطي المخدر، وذلك بهدف تقويم سلوكه وإعادة إدماجه في المجتمع ومساعدته على مواجهة حالات الاضطراب التي يتعرض لها.

1- أنظر: يوسف عبد الحميد المراشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2012، ص111.

2- أنظر: عمار مانع، العلاج النفسي الاجتماعي لظاهرة الإدمان على المخدرات، مرجع سابق، ص477.

2- **العلاج النفسي الجماعي:** حيث يتلقى المريض العلاج النفسي في مجموعة صغيرة من أمثاله المرضى، بحيث يوضع زملائه في موقف علاجي تحليلي، يساعده على الاعتراف بضعفه وعدم نضجه، ويساعده أيضا في إدراك مشكلة المدمنين الآخرين والتعرف على مشكلاته، وهذا النوع من العلاج يعتبر من أكثر طرق العلاج النفسي فاعلية، ويستغرق مدة سنة أو سنتين.[1]

أما العلاج الاجتماعي يتم عبر محلة أولى تعرف بخطة الخروج، وهي نوع من أنواع الخدمات الاجتماعية التي تقدم في مصحات علاج الإدمان بهدف مساعدتها للمدمنين على الاستفادة من الخدمات

والبرامج أو الموارد البديلة خارج المصحة، أو تساعدهم لرعاية أنفسهم بعد الخروج، ولعل أهم أهداف هذا النوع من العلاج هو مساعدة الدمن ومن لهم علاقة به أو بالمشكلة على فهم طبيعة المشكلة وآثارها وكذلك توضيح دور كل منهم في العملية العلاجية وتوفير الرعاية اللاحقة لهم.[2]

ثالث أ/ مرحلة الرعاية اللاحقة والتأهيل:

بعد خضوع المدمن إلى العلاج الطبي وإزالة السموم من جسمه، ومن ثم استرجاع الثقة في النفس بفضل العلاج النفسي والاجتماعي، تبقى هناك مرحلة ضرورية لتكملة هذا العلاج ألا وهي إعادة إدماجه في المجتمع وتقديم الرعاية له، وذلك بواسطة العمل والنشاط الإبداعي، بحيث يصبح المدمن المريض قادرا على بذل الجهد وتحمل بعض الحرمان.

ويقصد بإعادة التأهيل أي العودة بالمدمن الذي يكون بمرحلة النقاهة إلى مستوى مقبول من الأداء المهني سواء كان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتهنها قبل الإدمان، أو في إطار مهنة جديدة.[3]

وتهدف عملية التأهيل الاجتماعي إلى تعديل سلوك المريض بغية تشجيعه على التحرر من الإدمان على المخدرات وإعادته إلى المجتمع، وكذلك العمل على تقديم شتى أشكال الدعم الاجتماعي التي تؤهله للقيام بالأدوار الاجتماعية اللائقة، التي من خلالها يعزز ثقته بنفسه.[4]

1- أنظر: عبد الرحمن شعبان عطيات ،المرجع سابق، ص236-237.

2- أنظر: عمار مانع، العلاج النفسي الاجتماعي لظاهرة الإدمان على المخدرات، المرجع سابق، ص480.

3- أنظر: بوخالفة توفيق وسليم حمزة، مرجع سابق، ص69.

4- أنظر: عبد الرحمن شعبان عطيات ،المرجع سابق، ص237-238.

وقد تختلف الأساليب المعتمدة في إعادة التأهيل للمدمنين من بلد إلى آخر، أو من مؤسسة إلى أخرى، ولكن هناك تدابير أكثر شيوعاً من غيرها، وتكاد تكون معتمدة في معظم مراكز التأهيل، وتتضمن عادة برامج لدفع المؤهلات العلمية، وأخرى لتنمية المهارات الفردية، وقد تندرج ضمن التأهيل الاجتماعي لمساعدة المدمن على الانخراط في الحياة الاجتماعية ما يلي:

1- **تنمية المؤهلات الشخصية:** تشمل مسألة تنمية المؤهلات الشخصية مختلف الجوانب التي تكون شخصية الفرد، والتي لها علاقة في بناء قدرته الذاتية وصلابة إرادته، وقدرته على العطاء ومدى تفاعله الاجتماعي والثقافي والأخلاقي.

2- **رفع مستوى التحصيل العلمي:** فإذا كان مدمن المخدرات من المراهقين، ولم يكمل تحصيله العلمي نتيجة تناوله المخدر أو لأية أسباب أخرى، أو انقطع عن متابعته خلال مراحل التعليم الثانوي أو الجامعي منذ فترة غير طويلة، وبمستطاعه أن يعود إلى متابعته، يفضل شد عزيمته ومساعدته من أجل تحسين مستواه العلمي.[1]

3- **التأهيل الاجتماعي:** تستهدف هذه العملية إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع، ويعتمد العلاج هنا على تحسين العلاقة بين الطرفين (المدمن من ناحية والأسرة من ناحية أخرى)، وكذلك مساعدة المدمن على استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه، والعيش في حياة طبيعية.[2]

4- **الوقاية من النكسات:** تهدف هذه المرحلة إلى العلاج من الإدمان للشباب الذين وقعوا في مشكلة تناول المخدرات وكل الآثار الناجمة عن ذلك، وفي هذه المرحلة يستوجب على كل السلطات المعنية والمختصين بحماية الشباب المستهدفين من الإدمان على المخدرات، وتعد هذه المرحلة المتابعة العلاجية الممتدة من 06 أشهر إلى عامين وذلك من بداية العلاج.[3]

وما يجب قوله في الرعاية اللاحقة أنه يجب التأكد من بعض الأمور التي ينبغي إتباعها لمواجهة رغبة المريض في العودة إلى الإدمان لعل أهمها تجنب أماكن بيع المخدرات، وأماكن تواجد المدمنين وكذلك

1- أنظر: عادل مشموشي، مرجع سابق، ص400-401.

2- أنظر: سحالي فاطمة الزهراء وزرمان رنا، مرجع سابق، ص34.

3- أنظر: إعمران سهام وقرايشي سامية، مرجع سابق، ص54.

الحد من وجود المال الوفير في متناول اليد والعمل على استغلاله واستثماره بما يعود بالنفع، والعمل دائما على ملئ وقت الفراغ بأعمال يستفاد منها.[1]

هذه المراحل التي تكلمنا عنها يمكن أن نعتبرها مراحل تمر بها أغلب المراكز المخصصة لعلاج الإدمان على مستوى العالم، ولكن هناك أيضاً علاجات أخرى تستخدم لمساعدة المدمنين للتخلص من هذا المرض.

فيمكن أن يتم علاج الإدمان بالتحريض الكهربائي، وهي طريقة حديثة أوردتها الدكتورة الاسكتلندية "ماج باتيرسون"، حيث قالت أن لديها مخرجاً يساعد المدمنين على تخطي المرحلة الأولى لسحب العقار دون معاناة تذكر، والوصول بهم إلى الإقلاع التام بمنتهى السهولة، وترتكز هذه الطريقة على استعمال جهاز صغير الحجم، يخرج من هذا الجهاز سلكان ينتهي كل منهما بوسادتين صغيرتين، لهما شكل يشبه سماعة الأذن، وعند الاستعمال يوضع كل منهما في أذن، بحيث تستقر الوسادتان في منطقة الرئة في صيوان الأذن، ويستعمل هذا الجهاز بشكل مستمر لمدة عشرة أيام تقريبا، ولا ينزع أبداً إلا لدقائق معدودة عند الضرورة، وبعد مرور هذه المدة يجد المدمن نفسه قد شفي تماماً.[2]

كما أنه يمكن أيضاً أن يكون العلاج بالجراحة، والتي تعتبر طريقة حديثة في علاج بعض حالات الإدمان، خاصة إدمان الكوكايين، بحيث أنه نجح بعض الجراحين في إجراء عمليات جراحية على عدد من مدمني الكوكايين، وتعتمد العملية على التقليل من التنبيه العصبي في الفص الأمامي بالمخ، وذلك بإجراء العملية في الحزم العصبية التي تربط بين مراكز الإحساس بالنشوة في المخ والفص الأمامي.[3]

1- أنظر: عبد الرحمن شعبان عطيات ،المرجع سابق، ص241.

2- أنظر: هاني عرموش، مرجع سابق ،ص340-341.

3- أنظر: بن عبيد سهام، مرجع سابق، ص141.

خلاصة الفصل الثاني:

أمام خطورة ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع، كان لا بد من وجود آليات تحد من انتشار هذه الظاهرة عن طريق علاج المدمنين بدل من فرض عقوبات عليهم، فلقد نص المشرع الجزائري في القانون 18/04 الجزائري سالف الذكر على مجموعة من التدابير العلاجية التي تهدف إلى دفع المدمن لاختيار العلاج الطبي بدل من تطبيق العقوبة المقررة لهذه الجريمة، بحيث يتم ذلك عبر جميع مراحل الدعوى العمومية ابتداء من الإعفاء من المتابعة القضائية التي يقوم بها وكيل الجمهورية، ومن ثم الأمر بالعلاج المزيل للتسمم الذي يأمر به قاضي التحقيق، كما أنه يجوز للقاضي أن يعفي المدمن من العقوبة بشكل نهائي.

ويتم علاج المدمن بطريقتين، الأولى هي العلاج التلقائي والتي تكون بمحض إرادته، والثانية هي العلاج الإجباري والتي لا يحبذ أن يتم استخدامها بكثرة، والمشرع لم يحدد مدة معينة لمعالجة المدمن، بل ترك هذا الأمر إلى الطبيب المختص الذي يحدد المدة حسب استجابة المدمن للعلاج.

وللمؤسسات المختصة بمكافحة المخدرات والإدمان عليها دور هام في الحد والتصدي لهذه الظاهرة ابتداء من اللجان الوطنية وصولا إلى الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها الذي رسم السياسة الوطنية المنتهجة في مكافحة المخدرات مع التركيز على الحد من ظاهرة الإدمان والمدمنين في الجزائر.

وتم تخصص مجموعة من المراكز من أجل علاج المدمنين على رأسهم المصحات التي تتكون من أطباء وأخصائيين نفسيين واجتماعيين لمعالجة المدمنين، بحيث تبدأ طريقة العلاج بإزالة السموم ومن ثم العلاج النفسي والاجتماعي وصولا إلى تقديم رعاية له من أجل إعادة تأهيله وإدماجه في المجتمع.

الخاتمة

خاتمة:

لقد رأينا خلال دراستنا العلاقة التي تربط الإدمان على المخدرات بالسلوك الإجرامي، بحيث أن العديد من الجرائم ترتكب بسبب الإدمان كجريمة السرقة والاغتصاب وجرائم المرور الكثيرة التي تحدث بسبب هذه الظاهرة، فالمدمن في مخيلته أن يفعل أو يرتكب أي فعل من أجل شراء المخدر أو الحصول عليه بأي طريقة من أجل تلبية واشباع رغبته، ومن هنا يتبين لنا أن هناك علاقة دائرية تكاملية تربط بين الإدمان على المخدرات والسلوك الإجرامي، ولذلك يجب أن يكون هناك إجراءات وقائية قبل أن يكون هناك إجراءات علاجية أو عقابية حتى لا تتنكس هذه الظاهرة بصورة أكبر، فالأسرة لها دورها والمؤسسات الدينية والتعليمية والصحية لهما دورهما أيضاً، وكذلك المجتمع المدني بأكمله له دور بخفض الطلب على المخدر وكذا عرضه في المجتمع، وهذا كله يقي المستهلك من الوصول إلى مرحلة الإدمان التي يصعب في بعض الأحيان علاجها والتخلص منها.

ولقد واكب المشرع الجزائري التشريعات العالمية والاتفاقيات الدولية من خلال القانون 18/04 الجزائري خصوصاً عندما اعتمد أساليب العلاج والوقاية، وذلك بإقراره لمبدأ اتخاذ التدابير العلاجية عن طريق الهيئات القضائية بإعفاء المدمن من المتابعة القضائية، واخضاعه للعلاج المزيل للتسمم، وكذلك إعفاءه من العقوبة تماماً، كما أنه قام بتخصيص مجموعة من المراكز التي تساعد المدمن على علاجه.

وعلى الرغم من ذلك، إلا أن هذا القانون لم يتم تطبيقه من الناحية العملية بالشكل المطلوب فنلاحظ أن هناك فجوة كبيرة بين الأهداف التشريعية والتطبيق القضائي لنصوص القانون، وقد يرجع السبب إلى نقص الوعي والفهم الصحيح لأهمية هذا الإج ارء، وكذلك بسبب عدم وجود تنسيق بين الهيئات القضائية والجهة المعالجة أو لترسخ عدم الثقة في إرادة مدمن المخدرات باعتبار هذا الإجراء مجرد تهرب من العقاب، وبذلك لم يتم تطبيق معاملة المدمن كمريض يستحق العلاج بل كمجرم يستحق العقاب.

وهذا ما جعلنا نتوصل إلى وصف مجموعة من النتائج والاقتراحات نوردها تباعاً على التوالي:

أولاً/ النتائج:

- عدم النظر إلى المدمن بأنه مجرم من قبل مجتمعه وبيئته، وتقديم المساعدة الكافية له من أجل شفاؤه واعادته لبيئته سليماً.
- اعتبار مدمن المخدرات مريضاً وليس مجرماً ينبغي علاجه، وابعاده قدر الإمكان عن العقوبات السالبة للحرية، بحيث أن إيداعه بالمؤسسة العقابية قد تزيد من إدمانه وليس شفاؤه، لأنه في الآونة الأخيرة أصبح إدخال المخدرات إلى السجون أمر ليس بالمستحيل، فهذا ما يجعل الإيداع فيه مخاطرة قد تحول مستهلك المخدر العادي إلى مدمن ومرتكب لجرائم كبيرة.
- المال له دوره الكبير في وصول الشخص إلى الإدمان، فكثرته بين الأيادي يؤدي بالشخص إلى شراء كميات كبيرة من المخدرات مما يؤدي به إلى هلاك صحته، وادمانه على المخدر شيء فشيء، وقلته يجعل المدمن يرتكب أفعال إجرامية كالسرقة من أجل شراء المخدر بأي وسيلة كانت.
- الوقاية من الإدمان على المخدرات لها دورها الكبير في عدم تورط الشخص بهذا الفعل، فاتباع مستويات الوقاية من الدرجة الأولى حتى الثالثة ومع دور الأسرة والمؤسسات التعليمية والصحية سيؤثر كثيرا في نفس المستهلك مثلاً قبل أن يصل إلى مرحلة الإدمان.
- وجود نظرة متشائمة إلى المصحات من طرف القضاة، خصوصاً أنه في الجزائر لا توجد ذلك المراكز والمصحات ذات الكفاءة العالية التي تتعامل مع المدمنين بشكل خاص .
- يغلب على توجيه القضاء بتطبيق العقوبة كأصل، وتطبيق التدابير العلاجية كاستثناء.
- العلاج النفسي والاجتماعي داخل المراكز المتخصصة يلعب دور كبير في داخل المدمن، فبعد خضوعه للعلاج الطبي لا يتم إطلاقه، بل يخضع إلى العلاج النفسي والاجتماعي عن طريق أخصائيين ومرشدين وباحثين في هذا الأمر.

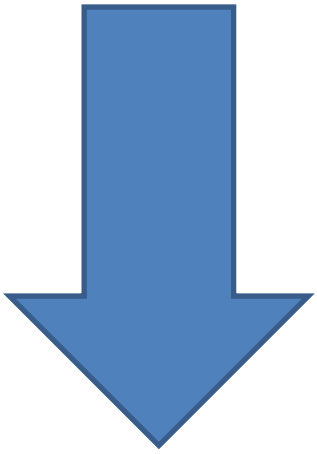
ثانياً/ الاقتراحات:

- العمل على تخفيض عرض المخدرات داخل كل منطقة، وكذلك تخفيض الطلب عليها، فيجب على الأجهزة الأمنية (الشرطة، الدرك الوطني) أن تكثف اهتمامها وجهودها بمكافحة المخدرات داخل كل منطقة مسؤولة عنها.
- إلغاء العقوبة السالبة للحرية للمدمن والتعامل معه كمريض، بحيث أنه يتم تعديل القانون 18/04 الجزائري بتطبيق بدائل هذه العقوبة على مستهلك المخدرات ألا وهي العلاج.
- في حالة ارتكاب شخص جريمة وهو تحت تأثير المادة المخدرة، يجب أن لا يسجن مباشرة مع تشديد العقوبة، بل أن يتم معالجته ومن ثم تطبيق العقوبة عليه، حتى لا يرتكب ج ارئم أكثر وهو داخل المؤسسة العقابية.
- حرص الأسرة على تربية أبناءها التربية الصحيحة حتى لا يتورطوا بالوقوع في كارثة الإدمان على المخدر، فتفادي الخطر قبل وقوعه هي ميزة لا يمكن أي شخص أن يطبقها.
- توفر مصحات بشكل أكبر على مستوى ولايات الجزائر وتدعيمها بأخصائيين وأطباء لمعالجة المدمنين.
- ضرورة وجود تنسيق بين مصحات العلاج والهيئات القضائية في تطبيق التدابير العلاجية.
- عقد اجتماعات داخل المصحات بين الطبيب المعالج والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ليدرسوا كل فترة حالات المرضى المدمنين ومتابعتهم بشكل دوري، لأن حسب ما أريته داخل المركز الوسيطي لعلاج المدمنين في قسنطينة وجود إهمال كبير من قبل الأطباء والأخصائيين في متابعة المدمنين بشكل جيد، بحيث أن نسبة العلاج في ذلك المركز هي نسبة ضئيلة جداً فمن كل مائة حالة تعالج حالة واحدة.
- تخصيص داخل المراكز العلاجية جناح للمدمنين حسب درجة إدمانهم تعنى بعلاجهم في المؤسسات العقابية.
- اقترح أيضاً أن يتم فصل المدمنين في المصحات عن أصحاب الأمراض العقلية والنفسية، بحيث أن بعض المصحات في الجزئر تخلط بين المدمنين وأصحاب الأمراض العقلية والنفسية داخل مركز أو مصحة واحدة، وذلك حتى يتشجع المدمن بشكل أكبر للدخول إلى المصحة.

- الحفاظ على أسرار المدمنين في مرحلة علاجهم، هذه مرحلة مهمة جداً لها تأثيرها الكبير في شخصية المدمن، بحيث أن شعوره بالاطمئنان يساعد على علاجه بشكل أسرع، إلا أن هذه الميزة مفتقدة في أغلب المصحات.
- العمل بشكل دوري على إعداد إحصائيات وتقارير عن المدمنين للتدابير العلاجية المتخذة بهدف معرفة نسبة المدمنين خلال كل فترة والأخرى، ومعرفة أيضاً مدى استجابة المدمن للعلاج عن طريق هذه التدابير.

الملاحق

الملحق



المراكز الوسيطية لعلاج المدمنين على مستوى ولايات الجزائر.

الرقم	الولاية	المركز الوسيطي لعلاج المدمنين	العنوان	رقم الهاتف
1	أدرار	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية أدرار	طريق بودة – بلدية أدرار	049966852
2	الشلف	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية أولاد فارس	حي سيريفي قدور– حي السلام بلدية الشلف	027772074
3	الأغواط	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية الأغواط	حي الوئام الوطني	029906509
4	باتنة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية عليوات	شار الاستقلال حملة – باتنة	–
5	بجاية	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية بجاية	حي إحدادن – بلدية بجاية	034207651 034207863
6	بسكرة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية بسكرة	حي بن باديس ،720 مسكن بسكرة	033755958
7	بشار	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية بشار	العيادة متعددة الخدمات دبادابة – مجاورة للهلال الأحمر الجزائري–	0493837885
8	البويرة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية البويرة	العيادة متعددة الخدمات أبو بكر بلقايد	026937362
9	تمنراست	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية تمنراست	حي أدريان – بلدية تمنراست	029345358
10	الجزائر	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية لبرج الكيفان شراقة	درقانة المجمع السكني عمارة شراقة	021217515 021217974

11	الجلفة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية الجلفة	حي بنات بلكحل – بلدية الجلفة	027909738
12	سطيف	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية سطيف	العيادة متعددة الخدمات سعيدة بن تومي الهواء الجميل	036917667
13	سعيدة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية سعيدة	حي الزيتون، بلدية سعيدة	048471852
14	سكيكدة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية سكيكدة	حي مرج الديب	038755787
	سيدي بلعباس	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية سيدي بلعباس	زهون شمال غرب	048567238

15			سيدس جيلالي سيدي بلعباس	
16	قسنطينة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية الخروب زواغي سليمان	حي الوفاء، بلدية الخروب	**030234858**
17	مستغانم	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية مستغانم	حي 300 مسكن ، تيقديت	**045301547**
18	مسيلة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية مسيلة	حي بدر 500، مسكن مسيلة	**035551144**
19	ورقلة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية ورقلة	حي النصر، ورقلة	**0663559056**
20	وهران	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية بوعمامة	عيادة متعددة الخدمات بوعمامة	**041356221**
21	برج بوعريرج	المؤسسة العمومية الاستشفائية	فوبورق 17 أكتوبر	**035683826**
22	تيسمسيلت	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية تيسمسيلت	حي عين البرج	**0770697139**
23	تيبازة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية لبوسماعيل	لريق 5 جويلية بلدية بوسماعيل	**024511266**
24	النعامة	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية النعامة	–	**049797428**
25	عين تموشنت	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية عين تموشنت	حي ديار المحبة	**043605034**
26	غليزان	المؤسسة الجوارية للصحة العمومية غلي ازن	حي زغلول – بلدية غلي ازن	**0665236031**

	مراكز علاج إزالة التسمم		
1 البليدة	**المؤسسة الاستشفائية المتخصصة فارنس فانون**	**حي زيانة**	**025209088**
2 وهران	**المؤسسة الاستشفائية المتخصصة سيدي الشحمي**	**حي سيدي الشحمي**	**041494706**

قائمة المصادر والمراجع

Les Références

قائمة المراجع:

أولاً/ المراجع باللغة العربية:

1-المؤلفات:

- أحمد أبو الروس، مشكلة المخدرات والإدمان، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية ،1996.
- أحمد مختار، المعجم العربي الأساسي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، القاهرة ،1989.
- اسحاق إبراهيم منصور، الموجز في علم الإجرام وعلم العقاب، ديوان المطبوعات الجامعية الساحة المركزية، الطبعة الثالثة، بن عكنون، الجزائر ،2006.
- حسين طاهري، جرائم المخدرات وطرق محاربتها، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر 2013.
- خلود سامي آل معجون، مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة العربية السعودية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض ،1991.
- رجب أبو جناح، المخدرات آفة العصر، دار الجماهيرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى ،بنغازي ليبيا ،2000.
- سمير محمد عبد الغني طه، الرؤية المستقبلية لمكافحة المخدرات، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، الجزء الأول، القاهرة ،2003.
- عامل مشموشي، المخدرات ما هيتها – مخاطرها – مكافحتها، بدون دار نشر، الطبعة الأولى بيروت ،2014.
- عبد الحكيم العفيفي، الإدمان، الزهراء للإعلام العربي، الطبعة الأولى، القاهرة ،1986.
- عبد الرحمن شعبان بن عطيات، المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، دار الحامد للنشر، الطبعة الأولى، عمان ،2014.
- عبد الرحمن محمد العيسوي، الجريمة والإدمان، دار الراتب الجامعية، الطبعة الأولى، بيروت 2000.
- عبد الرحمن محمد العيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية

.1994

- عبد العزيز بن عبدالله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض ،2002.
- عبد المنعم الحفني، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة ،1978.
- عبدالله أوهايبية، شرح قانون الإجراءات الجزائية الجزائري، التحري والتحقيق، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر ،2008.
- عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان – دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه–، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية ،2009.
- علي عبد السلام علي، أصول علم النفس الجنائي وتطبيقاته العلمية، مكتبة النهضة المصرية الطبعة الأولى، القاهرة ،2000.
- علي مانع، جنوح الأحداث والتغير الاجتماعي في الجزائر المعاصرة –دراسة في علم الإجرام المقارن–، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ،2002.
- غسان رباح، الوجيز في قضايا المخدرات والمؤثرات العقلية، منشوارت الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، بيروت ،2008.
- فؤاد بسيوني متولي، التربية وظاهرة انتشار وادمان المخدرات، مركز الإسكندرية للكتاب الإسكندرية ،2000.
- لحسين بن شيخ آث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية دراسة قانونية تفسيرية، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر ،2008.
- محمد أحمد مشاقبة، الإدمان على المخدرات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان .2007
- محمد ربيع وآخرون، علم النفس الجنائي ،دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض ،1994.
- محمد رفعت، إدمان المخدرات –أضرارها وعلاجها–، دار المعرفة للطباعة والنشر، الطبعة الثالثة، بيروت ،1989.

المراجع

- محمد عليوي ناصر، خيانة الأمانة وأثرها في العقود المالية والشريعة الإسلامية، الدار العلمية للنشر والتوزيع، عمان ،2001.
- محمد فتحي عيد، الإجرام المعاصر، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض ،1999. محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، المركز العربي للدراسات الأمنيةوالتدريب، الجزء الأول، الرياض ،1988.
- محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الجزء الثاني، الرياض ،1988.
- محمد مؤنس محب الدين، السياسة الجنائية في مواجهة المخدرات، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة ،1995.
- محمد يسري وابراهيم دعبس، الإدمان بين المرض والتجريم، دار المعارف للنشر والتوزيع الإسكندرية ،1994.
- مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع، عالم المعرفة، الكويت ،1996.
- مصطفى مجدي هرجة، جرائم المخدرات في ضوء الفقه والقضاء، دار المطبوعات الجامعية الإسكندرية ،1992.
- نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهدى للطباعة والنشر، عين مليلة الجزائر ،2006.
- نصر الدين مروك، جرائم المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر ،2004.
- هاني عرموش، المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت 1993.
- وفقي حامد أبو علي، ظاهرة تعاطي المخدرات الأسباب– الآثار– العلاج، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، الكويت ،2003.
- يوسف عبد الحميد المراشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان ،2012.

2-المقالات العلمية:

- الاستراتيجية الجزائية والصحية في معالجة الإدمان على المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها، ع.00، سبتمبر 2014، مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر العاصمة 2011.

أسماء سعيد، دور المجتمع المدني في خفض الطلب على المخدرات وتقلص عرضها وفقالاستراتيجية الوطنية الخماسية 2011-2015، الوقاية والمكافحة، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها، ع.00، سبتمبر 2014، مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر العاصمة ،2014.

- جبيري ياسين، المخدرات الرقمية، مجلة الشريعة والاقتصاد، جامعة الأمير عبد القادر، قسنطينة بدون ذكر العدد، مجلد 8، 2012.
- زواش ربيعة، جريمة استهلاك المخدرات بين العقوبة وتدابير الأمن في التشريع الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، العدد 49، المجلد أ، ديسمبر 2015.
- سعيدة بن عشي، رؤى حديثة في علاج الإدمان على المخدرات، مجلة الحقيقة، العدد 26 جامعة خنشلة، الجزائر ،2017.
- عمار مانع، العلاج النفسي الاجتماعي لظاهرة الإدمان على المخدرات، مجلة الحقيقة، العدد 40 المركز الجامعي مرسلي عبدالله في تيبازة، الجزائر ،2017.
- غزالة خاير، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها، مجلة الوقاية والمكافحة، ع.00 2011-2015، مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر العاصمة ،2011.
- المجتمع المدني.. رهان وآفاق استراتيجية مكافحة المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها، ع.01، 2015، مطبعة بوجمعة وملال، الجزائر العاصمة ،2015.
- محمد فتحي عيد، مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية الرياض ،1988.

3-الرسائل الجامعية:

- أعزيز غنية، ظاهرة الإدمان على المخدرات لدى الشباب في الجزائر ،أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتواره في علم النفس العيادي، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة -2-، 2017.
- إعمارن سهام وقرايشي سامية، الإدمان على المخدرات وتأثيره على السلوك الإجرامي، مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة عبد الرحمان ميرة -بجاية-، 2018.
- بعبوش وسام، جريمة استهلاك المخدرات بين العقوبة والتدبير في ظل التشريع الجزائري، مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2014.

بن عبيد سهام، جريمة استهلاك المخدرات بين العلاج والعقاب، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستيركلية الحقوق، جامعة الحاج لخضر -باتنة-، 2013.

- بن نابت مريم، فعالية البرامج المعتمدة في مراكز إعادة التأهيل للمدمنين، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة -2-، 2016.
- بهلول إكرام، جرائم المخدرات في ضوء القانون 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2013.
- بوخالفة توفيق وسليم حمزة، السياسة العقابية في مجال مكافحة المخدرات، مذكرة لنيل شهادة الماستر في القانون الخاص، تخصص قانون العقوبات والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2017.
- بوراوي شرف الدين، جريمة تعاطي المخدرت وترويج المخدرات في التشريع الجرائري، مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة محمد خيضر، بسكرة ،2014.
- بولخروف ريان، جودة الحياة عند المدمنين على المخدرات، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة -2- 2016.
- جاسم عبدالله النقبي، تعاطي المواد المخدرة والمؤثرات العقلية -دراسة مقارنة-، رسالة ماجستير كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية ،2010.

المراجع

- جيماوي فوزي، السياسة الجنائية لمكافحة المخدرات في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في قانون العقوبات والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، بن عكنون، جامعة الجزائر -1- 2013.
- زولي سهام، جريمة استهلاك المخدرات بين العقوبة والتدبير في ظل التشريع الجزائري، مذكرة ماجستير في فرع قانون العقوبات والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2013.
- سحالي فاطمة الزهراء وزرمان رنا، جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية في ظل القانون 18/04 مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص قانون العقوبات والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2018.

ضاوي آمنة وضربان كوثر، مكافحة جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة لنيلشهادة الماستر، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2017.

- طيبي جمال الدين وجدة أسماء، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، مذكرة لنيل شهادة الماستر كلية الحقوق، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب –عين تموشنت-، 2018.
- العايب آمال، آليات مكافحة جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية (دراسة مقارنة)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في قانون العقوبات والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة -1-، 2017.
- فارح سمير، ظاهرة العود للإدمان على المخدرات والتفكك الأسري، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الجنائي، كلية علم الاجتماع، جامعة بن يوسف بن خدة –الجزائر-، 2009.
- فاطمة الزهراء حميمد، شخصية الحدث الجانح –دراسة أنثروبولوجية-، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان ،2011.
- محمد عبد الكريم الدوس، جرائم المخدرات في التشريع الفلسطيني، دراسة تحليلية، رسالة ماجستير في القانون العام، كلية الحقوق، جامعة الأزهر، غزة ،2013.
- مليكة شريط، مكافحة جرائم المخدرات بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري، مذكرة ماستر في العلوم الإسلامية تخصص شريعة إسلامية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي ،2014.

4-الندوات العلمية:

- عدنان حسين عوني، سلبيات المخدرات، ورقة عمل مقدمة لأعمال الندوة العلمية حول " دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات"، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض ،2001.

5-القوانين:

- قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.
- قانون رقم 01-04 المؤرخ في 29 جمادى الأول عام 1422 الموافق 19 غشت 2001 والمتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها الجزائري، المعدل والمتمم بقانون 17-05 المؤرخ في جمادى الأول عام 1438 الموافق 16 فبراير 2017، المتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها.

قانون 18/04 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425، الموافق ل 25 ديسمبر 2004 المتعلقبالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية رقم 83 الصادرة بتاريخ 26 ديسمبر 2004.

- القانون 02/16 المؤرخ في 14 رمضان 1437 الموافق ل 19 يونيو سنة 2016، الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ع.37، يتمم الأمر 66-156 المؤرخ في 18 صفر عام 1386 الموافق ل 08 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات الجزائري.

6-المراسيم:

- المرسوم الرئاسي 97-201 المؤرخ في 09 جوان 1997 المعدل والمتمم للمرسوم رقم 03-133 المؤرخ في مارس 2003، المتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و ادمانها الجزائري، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 21.
- المرسوم التنفيذي رقم 07-229 المؤرخ في 30 يونيو 2007 الجزائري، يحدد كيفيات تطبيق المادة 06 من القانون 18/04 المؤرخ في 2004/12/25، المتضمن الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية رقم 49.

7-المصادر:

- الاتفاقية الدولية الوحيدة لسنة 1961 المعدلة ببروتوكول 1972.
- اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971.
- اتفاقية الأمم المتحدة بفيينا لسنة 1988، المتعلقة بمكافحة الاتجار الغير مشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية.

ثانياً/ المراجع باللغة الأجنبية:

- Bech Richard-C . bungener, psychopathologie de l'adulte, paris Larousse 2002 P.128.
- Joffens, Toxicomanies l'Aube, de 3éme Millénaire, une approche global, 1999 P.57.
- J.Bergert, Beax Rêves ou cauchemardas : problèmes de drogues problèmes de vie, seuil paris 1995, P.34.
- I. TERRANTI – AIT MOHAMED, Le Problème de la consommation de drogue chez i 'adolescent, revus santé jeunes, premier trimestre, n 05, 1998, p.2.

ثالثاً/ المواقع الالكترونية:

- عايد علي الحميدان، المخدرات التخليقية، تقرير صادر عن اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات، الكويت 2011، موجود على الرابط التالي .www.nadc-kw:org تاريخ الاطلاع 17-07-2020 الساعة 30: 20.

- خضر بارون ،أستاذ في علم النفس، ندوة بعنوان: المخدرات الرقمية وغياب التشريع والبحث العلمي، موجودة على الرابط التالي:
  - الاطلاع 26-08-2020 الساعة 17:00

https://www.alanba.com.kw/ar/kuwait-

- صلاح الناجم، أستاذ في اللغة الحاسوبية والمعالجة الحاسوبية للغة الطبيعية بجامعة الكويت، ندوة بعنوان: المخدرات الرقمية وغياب التشريع والبحث العلمي، موجودة على الرابط التالي:
https://www.alanba.com.kw/ar/kuwait-news/516267/26-11-2014 .

- حلمي القمص يعقوب، الإدمان: الوقاية والعلاج، الجزء الثاني ،موجود على الموقع الالكتروني:

https://st-takla.org/books/helmy-elkommos/addiction/home.html

تاريخ الاطلاع: 28-07-2020 الساعة 22:32

- أحمد بن سراج، مركز الوقاية والعلاج النفسي في مصر ،موجود على الموقع الإلكتروني:
https://www.djazairess.com/elhiwar/32470 . تاريخ
الاطلاع 2020/08/10 على الساعة 23:20

- Stratégie nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie , 2011-2015, E-mail : on.cdt.revue@gmail.com, 2020/08/23 الساعة 10:17

الفهرس

الفهرس

مقـــدمـــة..... 1

الفصل الأول : ماهية الإدمان على المخدرات..... 6

المبحث الأول مفهوم المخدرات والإدمان عليها..... 6

المطلب الأول مفهوم المخدرات..... 7

الفرع الأول :تعريف المخدرات..... 7

الفرع الثاني: أنواع المخدرات..... 11

المطلب الثاني: مفهوم الإدمان..... 21

الفرع الأول: تعريف الإدمان 22

الفرع الثاني مراحل الإدمان على المخدرات..... 25

الفرع الثالث :أسباب وآثار الإدمان على المخدرات..... 26

المبحث الثاني علاقة الإدمان على المخدرات بالجريمة وإجراءات الوقاية منها..... 30

المطلب الأول المخدرات كجريمة استهلاك والجرائم المتصلة بها..... 30

الفرع الأول :أركان جريمة الاستهلاك..... 31

الفرع الثاني:الجرائم الواقعة نتيجة الاستهلاك والإدمان..... 34

المطلب الثاني أساليب الوقاية من الإدمان على المخدرات 37

الفرع الأول مستويات الوقاية من الإدمان على المخدرات 38

الفرع الثاني التدابير الوقائية الاجتماعية..... 41

خلاصة الفصل الأول 47

الفصل الثاني التدابير المتخذة في علاج الادمان على المخدرات..... 48

المبحث الأول :التدابير العلاجية التي تطبقها الهيئات القضائية..... 49

المطلب الأول :أنواع التدابير العلاجية..... 50

الفرع الأول : الإعفاء من المتابعة القضائية 50

الفرع الثاني: الأمر بالعلاج المزيل للتسمم 54

الفرع الثالث :الإعفاء من العقوبة..... 58

المطلب الثاني: طرق العلاج ومدته..... 61

الفرع الأول: أنواع العلاج.....61
الفرع الثاني : مدة العلاج.....65
المبحث الثاني: دور أجهزة مكافحة المخدرات وعلاج مدمنيها.....67
المطلب الأول: المؤسسات المختصة بمكافحة المخدرات والإدمان عليها.....67
الفرع الأول: اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات.....68
الفرع الثاني: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.....69
المطلب الثاني :المراكز المتخصصة لعلاج الإدمان على المخدرات.....73
الفرع الأول: أنواع المراكز العلاجية.....73
الفرع الثاني : مراحل العلاج.....78
خلاصة الفصل الثاني:.....84
خاتمة:.....86
المراجع.....Error! Bookmark not defined.
الفهرس.....87

ملخص:

عرفت المخدرات في شكلها الطبيعي مع الحضارات القديمة ، و كان استعمالها لأغراض طبية وعلاجية و حتى صناعية و متحكم فيها ، ولكنها في العقود الثلاثة الماضية شهدت تحولات كبيرة في العالم بأسره ، و الجزائر كغيرها من الدول عرفت انتشارا كبيرا في العقدين الأخيرين بين متعاطيها و توسعها وتنوعا في استهلاكها خاصة ، و على الرغم من مساعي المشرع الجزائري في محاربة هذه الآفة بسنه القانون 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات و المؤثرات العقلية و قمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها ، و الذي اتسم بالصرامة ..إلخ.

لكن السياسة الناجعة تحتاج إلى الدقة و الوضوح و المرونة و الفعالية و الإرادة الكافية ، أي كان لابد على المشرع الجزائري اعطاء الأولوية للوقاية بالدرجة الأولى ، ثم العلاج في المرتبة الثانية ، ثم الردع في المرتبة الثالثة .

الكلمات المفاحية : الادمان،التعاطي،المخدرات،العقوبه،الجريمه،الديوان الوطني،التدابير العلاجيه.

Résumé:

Les drogues Citaient connues sous leur forme naturelle avec les civilisations anciennes, et leur utilisation était à des fins médicinales, thérapeutiques et même industrielles et contrôlée, mais au cours des trois dernières décennies, elle a connu des transformations majeures dans le monde entier, et l'Algérie, comme d'autres pays, a connu une grande diffusion au cours des deux dernières décennies parmi ses utilisateurs et son expansion et sa diversité. Surtout dans leur consommation, et malgré les efforts du législateur algérien pour lutter contre ce fléau en promulguant la loi 18/4 relative à la prévention des stupéfiants et des substances psychotropes et à la répression de l'usage et du trafic illicites de ceux-ci, qui se caractérisait par la rigueur ... etc.

Mais une politique efficace a besoin de précision, de clarté, de souplesse, d'efficacité et de volonté suffisante, c'est-à-dire que le législateur algérien a dû donner la priorité à la prévention en premier lieu, puis au traitement en second lieu, puis à la dissuasion en troisième lieu.

Mots-clés : dépendance, abuser Législation algérienne, drogues La punition , Lé crime ,Le bureau national , Masures curatives.

Summary:

Drugs were known in their Natural forme Wit ancien civilisations, and their use was for medicinal, therapeutic and even industrial and controlled purposes, but over the past three decades it has seen major transformations all over the world, and l Algeria, like other countries, has experienced a great diffusion over the past two decades among its users and its expansion and diversity. Especially in their consumption, and despite the efforts of the Algerian legislator to fight against this scourge by promulgating law 18/4 relating to the prevention of narcotics and psychotropic substances and to the repression of the illicit use and trafficking of these , which was characterized by rigor ... etc.

But an effective policy needs precision, clarity, flexibility, efficience and sufficient will, that is to say that the Algerian legislator had to prioritize prevention first, then treatment first. second the to deterrence third.

KEYWORDS: addictive ,abuse, Algerian legislation , drug , The punishment ,The crime ,The national office ,Curative mesures.